

**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório do Estágio

**ESTÍMULOS SENSORIAIS NO TRABALHO DE PARTO:  
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA  
PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TRANQUILO**

**Vanda Sofia Rocha de Almeida**

**Lisboa  
2017**





# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório do Estágio

## **ESTÍMULOS SENSORIAIS NO TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TRANQUILO**

**Vanda Sofia Rocha de Almeida**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. M<sup>a</sup>. João Delgado

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Maria Anabela Ferreira dos Santos

**Lisboa  
2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Birth is not simply the physical act of moving the baby from the inside to the outside of a woman’s body. It is a development milestone for the women, influencing her self-esteem and parenting skills, and shaping her identity as a woman. Her perception of the birth environment, as well as the respect and support she receives, is the most significant determinant of her satisfaction with the birth experience”*  
(Katz, 2012, p.101)

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus primeiros agradecimentos são dirigidos às minhas orientadoras, respetivamente, à Professora Maria João Delgado, pelo apoio e incentivo ao longo da elaboração do projeto e à Professora Anabela Ferreira dos Santos, pela continuidade na orientação/implementação do mesmo no ensino clínico de estágio com relatório, mantendo uma linha condutora congruente, facilitadora do desenvolvimento de competências de especialista e mestre em enfermagem, através do incentivo da prática reflexiva e da partilha de saberes.

Agradeço igualmente a toda a equipa da maternidade onde estagiei pelo acolhimento e disponibilidade, em especial às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Célia Silva e Conceição Batista, pela excelência na prestação de cuidados de enfermagem especializados que foram para mim uma inspiração para minha aprendizagem, quer pela disponibilidade para ensino/aprendizagem das competências da especialidade, quer pelo apoio na implementação do projeto de estágio no contexto.

Um agradecimento muito especial à Professora Tatiana Vidal Brito, Regente do Ensino de Medicina Tradicional Chinesa do Instituto Português de Naturopatia, pela amizade, apoio técnico ao nível da orientação ao nível da aromaterapia e pela disponibilidade no pedido de patrocínio científico à Pranaron Portugal®.

Estes agradecimentos são extensíveis a todos os docentes e orientadores dos diversos Ensinos Clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pelo contributo dado durante a formação, mas também às mulheres/RN/famílias aos quais prestei cuidados, por me permitirem iniciar-me na arte de partejar.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, que me apoiaram, pela sua disponibilidade e incentivo, em especial à Célia Pedras, à Cristina Nascimento, à Lurdes Rodeia e à Sara Palma, por estarem na minha vida.

Finalmente um agradecimento muito especial à minha família, aos meus pais, irmãos, sobrinhos e aqueles que já não estando fisicamente presentes estão guardados no coração, pelo apoio e incentivo para a realização da especialidade, em especial pela compreensão por uma ausência parcial em alguns momentos.

**Muito Grata a todos e a cada um de vós!**

## RESUMO

O trabalho de parto e o parto são processos naturais da reprodução humana, contudo, singulares para cada mulher pelos inúmeros desafios que esta vivência acarreta.

O ambiente no qual a mulher vivencia o parto pode influenciar de forma determinante a experiência de parto e consequentemente o bem-estar global. O hospital é um ambiente desconhecido para a maior parte das mulheres/casais/convivente significativo, com rotinas nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade, que podem aumentar o stress/ansiedade.

Reconhecendo que existem fatores ambientais que não podemos modificar, a utilização dos estímulos sensoriais (auditivos, visuais e olfativos) é uma intervenção autónoma dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) promotora de conforto, com repercussões positivas na fisiologia do parto, no bem-estar materno/fetal, na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e à transição para a parentalidade.

Este relatório de estágio é o resultado da análise e reflexão (prática reflexiva), sobre o percurso de aprendizagem realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, com especial enfoque na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, no âmbito do desenvolvimento e aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/família nos diferentes estadios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, mas também em situações de urgência obstétrica e ginecológica.

Pretende também aprofundar conhecimentos sobre os contributos da utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto na promoção de um ambiente tranquilo, analisados à luz da Teoria do Conforto de *Khatarine Kolcaba*.

No sentido de responder a esta temática, foi realizada pesquisa da evidência com base na metodologia *Scoping Review*, a par com a observação e registos de enfermagem, que me permitiram planear e implementar intervenções, baseando a prática na melhor evidência científica disponível, das quais apresentarei os resultados e uma reflexão sobre os contributos para a prática.

**PALAVRAS CHAVE:** Trabalho de Parto, Estímulos Sensoriais - Auditivos, Visuais e Olfativos, Aromaterapia, Ambiente Tranquilo, Mulher

## **ABSTRACT**

Labor and childbirth are natural processes of human reproduction, yet unique for each woman, because of the innumerable challenges that this experience entails.

The environment in which the woman experiences birth can influence it greatly, and consequently, influence her global well-being in a decisive manner. The hospital is an unfamiliar environment for most women / couples / significant others, with routines that are not always sensitive to a person's privacy, which can increase stress / anxiety levels.

Recognizing that there are environmental factors that we cannot modify, the use of sensorial stimuli (auditory, visual and olfactory) is an important component to childbirth, done by nurses who specialize in maternal health and obstetrics, serving as a promoter of comfort, with positive repercussions on the physiology of childbirth, in maternal / fetal well-being, in the adaptation of the newborn to extrauterine life and in the transition to parenthood.

This report is the result of the analysis and reflection (reflective practice) on the learning course carried out during the Masters Course in Maternal and Midwifery Nursing, with a special focus on the report, in the scope of development and acquisition of skills to provide specialized care to the woman / newborn / family in the different stages of labor, puerperium and neonatal period, but also in obstetric and gynaecological emergencies.

It also intends to deepen knowledge about the contributions of the use of sensorial stimuli in labor in the promotion of a quiet environment, analyzed in the light of *Khatarine Kolcaba's* Theory of Comfort.

In order to respond to this topic, evidence-based research was done based on the Scopping Review methodology, along with observations and nursing records, which allowed me to plan and implement interventions, basing the practice on the best available scientific evidence, which will be highlighted in the results and reflection on the contributions to the practice.

**KEY WORDS:** Labor, Sensory Stimuli - Auditory, Visual and Olfactory, Aromatherapy, Quiet Environment, Woman

## LISTA DE SIGLAS

**ABCF** – Auscultação dos Batimentos Cardíofetais

**ACNM** – *American College of Nurse Midwives*

**AM** – Aleitamento Materno

**APGAR** – Aspeto geral (coloração), Pulso, Gemido, Atividade, Respiração

**APPT** – Ameaça de Parto Pré-Termo

**APEO** – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

**BAI** – Bolsa de Águas Intacta

**BAR** – Bolsa de Águas Rota

**BP** – Bloco de Partos

**BO** – Bloco Operatório

**BPF** – Boletim de Planeamento Familiar

**BSG** – Boletim de Saúde da Grávida

**CINAHL** – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

**CMESMO** – Curso de Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

**CPNP** – Curso de Preparação para a Parentalidade

**CTG** – Cardiotocografia

**(d)** – Dias

**dB** – Decibéis

**EBSCO** – *Elton B. Stephens Company Publishing*

**EC** – Ensino Clínico

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica

**EEESMOG** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

**ER** – Estágio com Relatório

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FAME** – Federação da Associação de Matronas de Espanha

**FCF** – Frequência Cardíaca Fetal

**FIGO** – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

**IA** – Índice de Apgar

**ICM** – *International Confederation of Midwives*

**IG** – Idade gestacional

**ILA** – Índice de Líquido Amniótico  
**IO** – Índice Obstétrico  
**JBI** – *Joanna Briggs Institute*  
**IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez  
**LA** – Líquido Amniótico  
**Leq.** – Nível de pressão sonora equivalente  
**MANA** – *Midwives Alliance of North America*  
**MEDLINE** – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*  
**MM** – *Major Concept*  
**NACPM** – *National Americano Certified Professional Midwives*  
**NCT** – *The National Childbirth Trust*  
**NICE** – *National Institute for Health and Care Excellence*  
**NMC** – *Nursing Midwifery Council*  
**OE** – Ordem dos Enfermeiros  
**OE.** – Óleos Essenciais  
**PCC** – População, Conceito, Contexto  
**RABA** – Rotura Artificial de Bolsa de Águas  
**RCM** – *Royal College of Midwives*  
**REBA** – Rotura Espontânea de Bolsa de Águas  
**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
**RPM** – Rotura Prematura de Membranas  
**RCOG** – *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*  
**RN** – Recém-nascido  
**(s)** – semanas  
**SR** – *Scoping Review*  
**SUOG** – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica  
**TP** – Trabalho de Parto  
**UC** – Unidade Curricular  
**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
**WHO** – World Health Organization



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. Estímulos Sensoriais Auditivos, Visuais e Olfatórios	18
1.1.1. Estímulos Sensoriais Visuais	19
1.1.2. Estímulos Sensoriais Auditivos	20
1.1.3. Estímulos Sensoriais Olfatórios	22
1.2. Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto: Contributos do EEESMO na Promoção de um Ambiente Tranquilo	25
1.3. Modelo Teórico de <i>Katharine Kolcaba</i>	29
2. METODOLOGIA	31
2.1. Caraterização dos Locais de Estágio	32
2.2. Plano de Implementação e Consecução do Projeto	33
2.2.1. Scopping Review: Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto	33
2.3. Descrição dos Objetivos, Atividades e Análise dos Resultados Obtidos	48
2.4. Considerações Éticas	49
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE	50
3.1 O cuidar de enfermagem especializado à mulher/RN/família em situação de saúde e doença que recorre ao SUOG	51
3.2. O cuidar de enfermagem especializado à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e período neonatal, no bloco de partos	56
4. LIMITAÇÕES	65
5. CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

## ANEXOS

Anexo I. Certificado de Formação em Aromaterapia

## **APÊNDICES**

**Apêndice I.** Cronograma Projeto de Estágio com Relatório

**Apêndice II.** Tarefas e Resultados Esperados

**Apêndice III.** Apreciação crítica e extração de dados dos artigos da SR

**Apêndice IV.** Grelha de Observação

**Apêndice V.** Solicitação de Patrocínio Científico: Pranarón® Portugal

**Apêndice VI.** Formação para o CPNP na UCSP Brandoa

**Apêndice VII.** Formação sobre os Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto para a equipa do Bloco de Partos

**Apêndice VIII.** Folheto para BP: Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto

**Apêndice IX.** Folheto para BP: Aromaterapia no Trabalho de Parto

**Apêndice X.** Poster da *Scoping Review*: A influência do ambiente no trabalho de parto

**Apêndice XI** Poster da *Scoping Review*: Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto

## ÍNDICE DE TABELAS

	PÁG.
<b>Tabela 1.</b> Descritores e Termos de Indexação	35
<b>Tabela 2.</b> Diagrama de Prisma	36

## ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
<b>Figura 1.</b> Material do projeto Estímulos Sensoriais no TP	38
<b>Figura 2.</b> Caraterização da amostra	43

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), afigurou-se importante a elaboração do Relatório de Estágio (RE), com a finalidade de avaliar e refletir sobre o percurso de aprendizagem efetuado ao nível do desenvolvimento das competências de especialista e mestre em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, mas também apresentar os contributos do projeto Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto, e desta forma construir um documento escrito que suporte a discussão pública.

O ensino clínico de estágio com relatório (ECER), com a duração total de 750h (500 horas de estágio, 25h de orientação tutorial e 250 horas de trabalho autónomo), decorreu no período compreendido entre 2 de Março a 9 de Julho, no Bloco de Partos (BP) e no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, da Margem Sul do Tejo.

A redação do RE possibilitou-me a prática reflexiva sobre o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e éticas inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, efetuada no ECER, tendo por base os objetivos do EC/do projeto, as atividades realizadas e os resultados obtidos.

A filosofia de cuidados de saúde materna e obstétrica é “dinâmica na sua abordagem, baseia-se na integração do conhecimento derivado das artes e das ciências, fortalecida pela experiência e pesquisa, e cooperativa com outros profissionais de saúde” [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015,p.10].

A *International Confederation of Midwives* (ICM, 2013 p.2), considera a EEESMO/parteira como “profissional e responsável, que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar apoio necessário e os conselhos e cuidados essenciais durante a gravidez, parto e pós-parto”. Já a visão da OE, a profissão de EEESMO/parteira tem como foco dos seus cuidados a “mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (...) tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa (...) é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2015, p.13).

Desta forma se compreende que os EEESMO desempenham um papel essencial ao nível da prestação de cuidados especializados abrangentes, culturalmente sensíveis e de qualidade:

- à mulher ao longo do ciclo de vida, promovendo a sua autonomia na tomada de decisão;
- ao feto/RN durante a gravidez/parto/ puerpério e período neonatal, no sentido de otimizar o bem-estar fetal, transição e adaptação à vida extrauterina;
- Ao casal/convivente significativo/família, apoiando a transição para a parentalidade, a adaptação a processos de perda gestacional e situações de doença que possam acrescer risco à mulher em qualquer etapa do seu ciclo reprodutivo.

Na assistência ao parto, a intervenção dos EEESMO tem como finalidade favorecer a fisiologia do nascimento através de intervenções autónomas que apoiem a mulher/casal/convivente significativo a experienciar o maior conforto possível da sua experiência de parto, no sentido de otimizar a saúde da parturiente, o bem-estar materno-fetal, a adaptação do RN à vida extrauterina e a transição para a parentalidade.

Na vertente do desenvolvimento do ER propus-me desenvolver o projeto elaborado na UC Opção, que visa aprofundar conhecimentos sobre a utilização dos Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto na prestação de cuidados enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e período neonatal, de forma a contribuir para a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família inserida na comunidade.

Este projeto surgiu de um interesse pessoal sobre o tema, abordado em contexto do CMESMO, numa perspetiva de prestação de cuidados centrados na mulher/casal/convivente significativo promotores de um ambiente de parto tranquilo e respeitador da fisiologia do nascimento.

A este interesse acresço como motivação pessoal o desejo de melhorar o ambiente no bloco de partos/urgência obstétrica, como também a possibilidade de utilizar competências pessoais de formação de aromaterapia (Anexo I), como recurso na promoção de um ambiente tranquilo/ medida não farmacológica para alívio da dor (OE, 2013,p.2) /promoção do conforto no trabalho de parto (TP).

O ambiente no qual a mulher vivencia o parto pode influenciar de forma determinante a experiência de parto e consequentemente o seu bem-estar global (Hodnett, Downe, Edwards, e Walsh, 2012; Simkin, 2013). O hospital é um ambiente desconhecido para a maior parte das mulheres/casais/convivente significativo com rotinas institucionais nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade da mulher/casal/convivente significativo em TP, que em muito contribuem para o aumento dos níveis de *stress* e perda de autonomia.

A preocupação com a influência do ambiente no trabalho de parto tem sido alvo de investigação por parte de diversos autores e organizações, das quais realço os documentos elaborados pelo *The National Childbirth Trust* (NCT) “*Creating a Better Birth Environment*” (2005), pelo *The Royal College of Midwives* (RCM) “*Birth Environment: Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour*” (2012) e pelo *Queensland Centre for Mother and Babies* – “*BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*” (Jenkinson, Josey, e Kruske, 2014), onde se encontra presente evidência científica sobre o tema.

Perante o crescente interesse sobre o tema e desejo da mulher/casal/convivente significativo em assumir cada vez mais uma participação ativa no TP, urge repensar as políticas de assistência no parto.

Neste sentido, e percebendo que são inúmeros os fatores ambientais que podem influenciar o ambiente de parto, decidi centrar-me na utilização dos estímulos sensoriais na promoção de um ambiente tranquilo no TP, mais concretamente, os estímulos olfativos, visuais e auditivos, com enfoque no contributo dos mesmos em favorecer a fisiologia do nascimento.

Regra geral, os estímulos sensoriais podem influenciar a saúde e o conforto das parturientes, de duas formas:

- direta, conduzindo a uma resposta imediata do organismo por exemplo arrepio no caso se sentir uma temperatura reduzida;
- indireta, influenciando os processos fisiológicos através das percepções sensoriais, que podem ocorrer a níveis profundos influenciando a consciência e emoções, nomeadamente quando a mulher se sente segura e tranquila ocorre um maior relaxamento e entrega ao TP (Dijkstra, Pieterse, e Pruyn, 2006).

A teoria de enfermagem que escolhi para suportar a intervenção disponibilizada à mulher/casal/convivente significativo em trabalho de parto foi a Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba* (2003), que procura promover o conforto através de intervenções estabelecidas e realizadas com o objetivo de diminuir o *stress*.

Para a avaliação das aprendizagens efetuadas no âmbito do ER defini três objetivos, que em complementaridade com os objetivos específicos inerentes aos diversos ensinamentos clínicos, me permitirão desenvolver as competências técnico-científicas, éticas e relacionais inerentes à obtenção do grau de mestre e título de EEESMO, nomeadamente:

1. Identificar a evidência científica relevante relativamente à utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto (auditivo, visual e olfativo);
2. Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde, materna, obstétrica e ginecológica à mulher/casal/convivente significativo inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, promovendo um ambiente tranquilo, através do uso dos estímulos sensoriais, no sentido de otimizar a saúde da parturiente, o bem-estar materno-fetal e a adaptação do RN à vida extrauterina;
3. Divulgar na comunidade científica as aprendizagens decorrentes do projeto desenvolvido.

Estruturalmente, organizei o RE em cinco capítulos:

- o primeiro capítulo remete-nos para o enquadramento teórico sobre a temática em estudo onde apresento os resultados da *Scoping Review*: Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto e uma breve contextualização da Teoria do Conforto como modelo conceptual deste relatório;
- o segundo capítulo remete-nos para a metodologia utilizada, contextualizando o(s) local(s) de estágio, a implementação do projeto, através da análise dos objetivos com base nas atividades realizadas/resultados obtidos, tendo em conta as considerações éticas inerentes à sua implementação.
- o terceiro capítulo irá centrar-se na análise e reflexão sobre o percurso de aquisição das competências de EEESMO e mestre em enfermagem, tendo em consideração: as competências referentes à qualificação profissional de



*Midwife*, conforme legislada - Lei n.º 9/2009, de 4 de Março ao abrigo da Diretiva nº 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e Conselho; as competências específicas presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EEESMOG) da OE; os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (PQCEESMOG); as competências essenciais para a prática do EEESMO do ICM (2013); as competências de mestre (de acordo com os descritores de Dublin 2ºciclo); do regulamento dos mestrados da ESEL (2014) e do Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório(2016);

- o quarto capítulo irá apresentar as limitações vivenciadas ao longo do ER e do CMESMO;
- terminando no quinto capítulo, com as considerações finais sobre o RE, conclusão, após o qual se apresentam as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração do presente relatório.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Estímulos Sensoriais Auditivos, Visuais e Olfativos

Um ambiente tranquilo reduz o *stress* e favorece a fisiologia do nascimento.

Tradicionalmente a ênfase da estruturação das unidades de saúde era direcionada para a prestação de cuidados (Ulrich, 1995). Contudo, a realização de estudos sobre o impacto do contexto de cuidados na saúde nos clientes revelaram que os estímulos ambientais podem influenciar de forma positiva ou negativa os ganhos em saúde (Ulrich, Zimring, Joseph, e Choudhary, 2004; van der Berg 2005), pelo que a compreensão da sua influência deve ser considerada na estruturação das unidades de saúde.

Em 2002, um estudo realizado por Harris e colaboradores identificou três principais dimensões a considerar na estruturação dos cuidados de saúde, nomeadamente: as características arquitetónicas, o *design* interior e os aspetos ambientais. Segundo este (Harris, McBride, e Curtis, 2002), as características arquitetónicas são relativamente permanentes (como é o caso do tamanho do quarto, orientação das janelas ou localização do serviço no hospital), ao passo que as de design podem ser facilmente alteráveis (como a pintura, a mobília hospitalar e a ornamentação do espaço).

Já os aspetos ambientais compreendem numa série de fatores que estão intimamente relacionados com a resposta humana aos estímulos sensoriais, nomeadamente a luminosidade, os níveis de ruído, o odor e a temperatura.

A utilização de ambientes multissensoriais controlados no contexto da prestação de cuidados teve a sua origem na Holanda (década de 70), intitulando-se de *Snoezelen* (Lancioni, Curvo, e O'Reilly, 2002). Esta abordagem teve como finalidade criar um ambiente que pudesse acalmar ou estimular os sentidos, com recurso ao uso da cor, som e odor, sendo inicialmente direcionada para pessoas com demência, alzheimer e autismo.

Esta abordagem foi progressivamente alargada aos diferentes contextos de cuidados, nomeadamente ao bloco de parto, sendo a sua utilização uma realidade em alguns

centros de parto, como o *Serenity and Halcyon Birth Centres at Sandwell and West Birmingham Hospitals* (Gutteridge, 2014).

Subentende-se estímulo sensorial como o precursor da resposta fisiológica envolvendo o sistema sensorial (frio, calor, dor, luz, odor...).

Conforme já foi anteriormente explanado na introdução, os estímulos sensoriais podem influenciar a saúde e o conforto das parturientes, de forma direta (causando uma resposta imediata no organismo) ou indireta (influenciando os processos fisiológicos, nomeadamente a libertação hormonal no parto).

Por tudo isto se compreende que a redução dos estímulos auditivos e visuais, e a utilização dos estímulos olfativos, sendo intervenções autónomas do EEESMO, que devem ser incentivadas por estes profissionais, uma vez que permitem à mulher uma maior conexão com os seus instintos primitivos (sistema límbico) e entrega ao TP.

### **1.1.1. Estímulo Sensorial Visual**

A visão é um estímulo sensorial com forte impacto na saúde humana.

A iluminação é essencial para o funcionamento humano, melhora a nossa capacidade de visão e desempenho de tarefas do quotidiano; controla os ritmos circadianos; interfere no humor e na perceção; e promove ainda o desempenho de inúmeras reações químicas do corpo humano como a metabolização da vitamina D e o tratamento da icterícia neonatal (Boyce, Hunter, e Howlett, 2003). Um estudo realizado por (Olcese, Sharkey, e Word, 2009), revelou que a melatonina em sinergia com a ocitocina melhora a contratilidade das células miométriais, apoiando o processo fisiológico do parto.

As necessidades biológicas de iluminação variam consoante a necessidade de manter ativado o córtex frontal, para executar diversas atividades ou reduzir o seu funcionamento.

Apesar de não terem sido encontrados consensos sobre os níveis de iluminação a utilizar na sala de parto, uma vez que se verifica uma escassez de estudos sobre o

tema (sendo a grande maioria sobre cuidados intensivos neonatais), ambas a fisiologia do nascimento e a opinião das mulheres/profissionais de saúde apontam para a redução da iluminação no trabalho de parto.

No estudo de (Newburn & Singh, 2006), sobre aspetos a considerar no ambiente de parto, (40%) das mulheres mencionaram como aspeto negativo o fato de não poderem controlar a iluminação na sala de parto.

Segundo (Jenkinson *et al*, 2014) a iluminação natural apoia a regulação dos biorritmos e poderá trazer ganhos para o trabalho de parto. Caso no ambiente de parto exista esta possibilidade, a iluminação da sala pode ser realizada pelas janelas com recurso a cortinados/estores que promovam a privacidade e possibilitem se necessário reduzir a intensidade luminosa. Se possível as janelas devem estar direcionadas para locais agradáveis, como jardins.

A evidência científica consultada aponta para a possibilidade de existir um controlo sobre a iluminação das salas, assim como a utilização de luzes com menor intensidade, com ganhos em saúde para a mulher em trabalho de parto (diminuem o funcionamento do neocortex), através de um ambiente tranquilo e intimista (exceto em situação de urgência).

Apesar da influência da iluminação na saúde e bem-estar ser largamente conhecida, esta continua ainda a ser um aspeto subvalorizado nas instituições de saúde.

### **1.1.2. Estímulo Sensorial Auditivo**

O som, nas suas diferentes manifestações (música, ruído, comunicação), pode influenciar a saúde dos clientes, profissionais de saúde e visitas, tornando o ambiente tranquilizador ou hostil.

Desta forma, o ruído é uma das principais preocupações da World Health Organization (WHO, 2003) pelos riscos que acarreta ao nível da saúde, podendo causar lesões físicas e predispor a alterações psíquicas e comportamentais, nomeadamente: alterações no sono, aumento da tensão arterial, exaustão emocional e *burnout* dos profissionais de saúde (Ulrich, 2007). Na sua recomendação sobre níveis de ruído ao

nível hospitalar esta preconiza um nível de pressão sonora equivalente (Leq), que representa a média da energia sonora durante um intervalo de tempo de 35 decibéis (dB) para o período diurno e 30 decibéis (dB) para o período noturno. Contudo a grande maioria dos estudos sobre o ruído hospitalar apresentam níveis valores bastante superiores aos recomendados, entre os 65-75dB.

Se refletirmos sobre o ambiente de tranquilidade que a mulher necessita para se entregar ao processo fisiológico do nascimento, percebemos que é emergente encontrar estratégias para sensibilizar os profissionais e favorecer medidas que possam apoiar a redução do som (Jenkinson *et al*, 2014).

Consequentemente este impacto estender-se-á ao RN, ao transitar de um ambiente intrauterino (em que a parede uterina e o líquido amniótico podem reduzir a passagem de som em 35 dB), para um meio extrauterino com valores a rondar os 70 a 75 dB (Oliveira, Kakehashi, Tsunemi & Pinheiro, 2011).

Considerando a questão comportamental do RN, ressalta-se que na primeira hora de vida o mesmo se encontra num estado de alerta vigil, favorável às interações com os pais. Um ambiente acústico inadequado para o RN na sala de parto pode interferir na transição para o meio extrauterino, causando irritabilidade e choro, e consequentemente, dificultar o processo de vinculação.

Elevados níveis de ruído no ambiente de trabalho podem igualmente induzir o profissional à distração e ao erro, ameaçando a segurança dos seus clientes.

Desta forma, os estudos consultados sugerem: um maior isolamento de ruídos na sala de partos, uma sensibilização dos profissionais, uma vez que o diálogo foi apontado como a principal fonte de ruído, (Oliveira *et al*, 2011), a utilização da música em todas as salas de parto com possibilidade desta ser fornecida pelo ambiente ou através de *headphones* (podendo a mesma ser escolhida e regulada de intensidade pela parturiente).

### 1.1.3. Estímulos Olfativos

A utilização dos estímulos olfativos é talvez o elemento de maior desafio a introduzir no ambiente de parto, uma vez que existe uma profunda relação entre os estados emocionais e o odor (processado ao nível da amígdala e responsável pela resposta ao medo), o que se reflete nas preferências da mulher/casal/convivente significativo e aplicabilidade deste elemento.

O olfato é um dos primeiros sentidos a ser desenvolvido no ventre materno, sendo que são já vários os estudos que suportam a ideia de que os bebés conseguem identificar as suas mães pelo odor experienciado no útero (Buckle, Ryan, e Karen, 2014; Price & Price, 2012).

Em muitos hospitais, o cheiro característico destas instituições é na grande maioria percecionado como desagradável e associado a situações de dor ou doença, constituindo-se uma fonte de ansiedade, medo e aumento de stress.

Os estudos consultados (Buckle *et al*, 2014; Price *et al*, 2012; Kaviani, Azima, Alavi, e Hossein, 2014), demonstram que existe uma profunda relação entre os estados emocionais e o odor, compreendendo-se assim que alguns aromas consigam ser tranquilizantes em momentos de stress, como os existentes no TP/parto, potenciando os processos fisiológicos a este inerentes.

A aromaterapia clínica consiste no uso de óleos essenciais (OE.) com fins terapêuticos e resultados mensuráveis, existindo já vários estudos que revelam os ganhos da sua utilização na gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson, e Llyod, 2000; Burns, Zobbi, Oskrochi, e Regalia, 2007; Buckle *et al*, 2014). Esta é uma prática reconhecida como parte integrante da enfermagem holística pela *American Holistic Nurses Association* e pela maioria dos *State Boards of Nursing*

Um dos principais estudos sobre o uso da aromaterapia no TP foi o realizado por (Burns, 2000), num grande Hospital Universitário do Reino Unido – *Oxford Radcliffe Hospital Women's Centre*, no período entre 1990 e 1998, com o objetivo de examinar a contribuição da aromaterapia na promoção do conforto materno durante o TP, como intervenção não farmacológica para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Neste, a aromaterapia foi uma medida não farmacológica oferecida às mulheres, no sentido de melhorar sintomas como: a ansiedade, o medo, a dor, as náuseas, melhorar a contratilidade e aumentar a sensação de bem-estar.

A aromaterapia foi disponibilizada por um grupo de EEESMO's que efetuou formação e seguiu as *guidelines* disponibilizadas por uma aromaterapeuta.

Os OE. selecionados para o estudo foram dez, respetivamente: a rosa (*Rosa centifolia*), o jasmim (*Jasminum grandiflorum*), a camomila romana (*Chamaemelum nobile*), o limão (*Citrus limonum*), a tangerina (*Citrus reticulata*), a salvia (*salvia sclarea*), o incenso (*Boswellia carteri*), a lavanda (*lavandula angustifolia*) e a hortelã-pimenta (*mentha piperita*).

As principais conclusões do mesmo foram que: mais de 50% das mulheres e das EEESMO's consideraram a aromaterapia uma intervenção com ganhos no TP, aumentando consideravelmente a satisfação com a experiência do parto. Esta medida foi utilizada maioritariamente para reduzir medo/ansiedade (61%); para aumentar a contratilidade (7%), alívio da dor (6%) e minimizar as náuseas e/ou vômitos (14%), tendo apenas sido referidos efeitos adversos do uso em (1%) da população de todo o estudo.

Posteriormente foram realizados diversos estudos no sentido de aumentar a evidência desta prática, sendo que a evidência produzida reforça os benefícios do seu uso ao nível da sensação de bem-estar, redução da ansiedade e do alívio da dor, a ausência de efeitos adversos e a segurança do seu uso não existindo diferenças significativas entre nos valores do índice de APGAR (coloração, frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular, irritabilidade reflexa) e na taxa de transferência para a unidade de cuidados intensivos neonatais, (Burns *et al*, 2007; Kaviani *et al*, 2014; Buckle *et al*, 2014).

Nos estudos consultados os OE. foram utilizados através de pontos de acupressão, massagem, difusão (a roupa e compressas), esalda-pés, ou piscina de parto. Contudo, no presente projeto, foi selecionada apenas a utilização da aromaterapia por difusão (com recurso a difusor por pressão a frio), como estímulo sensorial olfativo.

Após uma pesquisa da evidência científica e da consulta com peritos sobre os OE. mais frequentemente utilizados no TP/parto, foram selecionados para o projeto, os seguintes OE.:

- *Chamaemelum nobile* (a camomila promove a analgesia e reduz a ansiedade; é bastante útil em parturientes com receio do parto);
- *Citrus limonum* (o de limão é um cítrico com ganhos ao nível do trabalho de parto, sobretudo na melhoria do ânimo e sensação de bem-estar);
- *Citrus reticulata* (a tangerina, é extremamente útil no TP pelas suas propriedades calmantes, analgésicas e tonificantes; melhora o ânimo e promove sentimentos de esperança);
- *Cymbopogon Martini* [a palmarosa apresenta um aroma doce a rosas; possui propriedades antissépticas, bactericidas, cicatrizantes, estimulante, tonificante, sendo extremamente útil no TP pois é um excelente tónico uterino (Price & Price, 2012)]
- *Foeniculum vulgare* [o funcho possui propriedades anti-inflamatórias, digestivas, expetorantes, diuréticas, circulatórias, entre outras; no TP promove a coragem e a calma (Price & Price, 2012)];
- *Lavandadula Angustifolia* (a lavanda é um dos OE. mais utilizados em aromaterapia pelas suas propriedades: calmantes, antidepressivas, analgésicas, antissépticas...entre outras; ao nível do TP promove a analgesia, a tranquilidade e melhora a respiração);
- *Salvia Esclareia* (a salvia é o OE. mais indicado para o período expulsivo, por apoiar na regularização das contrações; contudo o mesmo nem sempre é bem tolerado pela intensidade do odor);

Os estudos consultados sugerem ainda que: as mulheres possam ter consigo alguns itens pessoais, entre os quais os aromas que já utilizam; que as salas de parto possam ter janelas ou sistemas de recuperação do odor; e que os profissionais possuam formação sobre aromaterapia e elaborem protocolos que salvaguardem a sua aplicação. Esta última sugestão encontra-se em consonância com a “Tomada de Posição sobre as Terapias Complementares e Remédios Naturais” do RCM (2011), que refere que esta poderá ser uma intervenção autónoma de enfermagem desde que o profissional possua competências para a sua aplicação. Desta forma, a formação específica na área é um fator positivo para a sua utilização no estágio com relatório e para a formação dos profissionais sobre a aplicação desta terapia.



## **1.2. Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto: Contributos do EEESMO na Promoção de um Ambiente Tranquilo**

O trabalho de parto e o parto são processos naturais da reprodução humana, contudo, singulares para cada mulher pelos inúmeros desafios que esta vivência acarreta aos níveis fisiológico, psicológico, emocional, social e espiritual.

Existem inúmeros fatores que influenciam a progressão do TP, nomeadamente: o passageiro (o feto e a placenta), a passagem (canal de parto), a posição da mãe, as forças (contrações uterinas e esforços expulsivos da mãe) e as reações psicológicas (Lowdermilk & Perry, 2008). A acrescer a estes podemos igualmente considerar a importância do ambiente (estrutura física e suporte humano) e a resposta fisiológica hormonal do nascimento para o início e progressão do TP (Buckley, 2015).

O sistema límbico, estrutura primitiva do cérebro, é o responsável por estimular grandes centros reguladores hormonais durante o TP e o parto, resultando em picos de ocitocina, endorfinas, epinefrina, norepinefrina, prolactina entre outros (Odent, 2001; Posner, Black, e Jones, 2013).

Também a amígdala, estrutura responsável pela resposta fisiológica ao medo, se encontra diretamente ligada a este sistema, sendo responsável pela perceção do odor (Buckle *et al*, 2014).

Assim sendo, para que o parto decorra de forma natural e espontânea, essa parte do cérebro deve ser estimulada (sistema límbico), relativamente ao neocortex ou cérebro racional, através da promoção de um ambiente tranquilo (pautado pela redução da luminosidade, ruído e privacidade) e do recurso aos estímulos sensoriais (audição, visão e olfato), que transmitam à mulher uma sensação de segurança e favoreçam a que esta se conecte com os seus instintos primitivos (livre mobilização, vocalização e recolhimento).

Quando a mulher percebe o ambiente como hostil, pelo excesso de estímulos ambientais (físicos e humanos), aumenta substancialmente os seus níveis de ansiedade e stress que irão interferir na fisiologia hormonal do nascimento (entendidos racionalmente pela mulher como “sinais de perigo”), aumentando os níveis das catecolaminas e predispondo o “reflexo de fuga ou luta”, com repercussões ao nível

da redução da tolerância à dor, abrandamento do TP, subsequente compromisso da oxigenação fetal e aumento da necessidade de intervenção (Buckley, 2015).

Se observarmos a hierarquização das necessidades proposta por *Maslow* (2015), na pirâmide da hierarquização das necessidades, verificamos que a mesma se encontra estruturada em cinco níveis, em que as necessidades do nível mais baixo devem ser total ou parcialmente satisfeitas antes das necessidades dos níveis mais altos.

Na base desta estrutura, encontram-se as necessidades primárias, aquelas que são indispensáveis à vida, designadas de necessidades fisiológicas, como a nutrição, a hidratação, o sono, o repouso, o sexo, a manutenção da temperatura corporal entre outras. Em sequência ascendente, encontramos as necessidades secundárias, relacionadas com a segurança, relações sociais/pertença, autoestima, sendo que no topo da pirâmide surgem as necessidades de realização pessoal.

Segundo esta hierarquização, e utilizando como exemplo a mulher em TP, infere-se que uma parturiente necessita de satisfazer, pelo menos parcialmente, as necessidades fisiológicas para se poder entregar ao processo de parto. Desta forma, o que determina a prioridade da mulher são as experiências vivenciadas no contexto do parto, pelo que a promoção do conforto, a disponibilização de um ambiente tranquilo através dos estímulos sensoriais e do suporte humano, favorecem a que a mulher se sinta segura, acarinhada (aumentando a libertação hormonal de ocitocina) e empoderada, assumindo parte ativa no processo do nascimento (Harper, 2005).

As experiências do parto são motivo de partilha entre gerações, com especial relevo para as descrições sobre o ambiente, suporte e controlo da dor, que têm vindo a melhorar com a promoção da presença do acompanhante no parto, criação de unidades individualizadas e modificação na assistência ao parto.

O guia de “Assistência ao parto natural”, elaborado pela WHO (1996), expressa a sua preocupação com a excessiva intervenção no parto utilizada com o objetivo de iniciar, corrigir acelerar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto, sugerindo a mudança de práticas rotineiras com base em evidência científica. De acordo este documento, o parto normal ou fisiológico, é aquele que tem

início espontâneo, de baixo risco no seu início e que assim se mantém durante o trabalho de parto e parto. A criança nasce espontaneamente de vértice entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação. Depois do nascimento a mãe e a criança encontram-se em boa condição. (WHO, 1996, p.3).

Neste sentido, foram várias as entidades que se preocuparam com a promoção do parto fisiológico nomeadamente: a Federação da Associação de Matronas de Espanha (FAME) com a “Iniciativa para o Parto Normal”, lançada em 2006 e posteriormente partilhada pela Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) em 2009; o documento de consenso partilhado pelo *The Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) & NCT (2007) intitulado “Fazendo o Parto Normal uma Realidade”; o *Internacional Confederation of Midwivwes* (ICM, 2008) com a “Tomada de Posição Sobre a Manutenção do Parto Normal”; o RCM com a “Campanha de Incentivo ao Parto Normal”(RCM, 2011); o documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada” (APEO & OE,2012); o documento de consenso para a “Saúde e Nascimento Fisiológico” (2013) numa parceria do *American College of Nurse Midwives*(ACNM) com o *Midwives Alliance of North America* (MANA) e o *National Americano Certified Professional Midwives* (NACPM);e o *Intrapartum Care*, do *National Institute for Healht and Care Excelence* (NICE, 2014).

Contudo, apesar de decorridos vinte anos sobre a iniciativa da OMS, e das várias recomendações e consensos elaborados com base na evidência científica por parte de várias entidades de referência, só recentemente se começa a denotar uma mudança na filosofia de assistência ao parto fisiológico, promovida quer pelas mulheres, ao demonstrarem insatisfação com práticas rotineiras, reivindicam o seu direito em vivenciar ativamente o nascimento do seu filho com respeito pelo processo fisiológico do nascimento, como é exemplo da Associação Portuguesa pelos Direitos na Gravidez e Parto (APDGP), quer pelos profissionais de saúde com base na prática baseada na evidência.

Os dois pressupostos defendidos pelo documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada” (APEO & OE, 2012), são na minha perspetiva guias orientadores para a assistência ao parto a ser disponibilizada pelos EEESMO, encarando o nascimento como “um processo fisiológico no qual apenas se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade” (APEO & OE, 2012, p. 9), através da promoção de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeite o direito à informação e tomada de decisão livre e esclarecida por parte da mulher/casal/convivente significativo, atendendo à sua individualidade, questões culturais e dignidade.

Os EEESMO desempenham um papel essencial ao nível da prestação de cuidados abrangentes, culturalmente sensíveis e de qualidade, durante o parto a fim de maximizar a saúde das mulheres/bebés e promover uma suave transição para a parentalidade (ICM, 2013).

Na assistência pré-natal os EEESMO são responsáveis por prestar cuidados de enfermagem à grávida e família, procurando o bem-estar materno-fetal, em intervenções individuais e/ou em grupo, preparação para o parto e preparação para a parentalidade. Esta tem como finalidade a definição de um plano de cuidados individualizado (cuidados centrados no cliente), que promova a vivência da gravidez saudável, facilite a transição para a parentalidade e favoreça a participação ativa do casal.

Na preparação para o parto e assistência à mulher/conviventes significativos, a intervenção do EEESMO tem como finalidade consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo e capacitar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente.

Na assistência ao parto, a intervenção do EEESMO tem como objetivo favorecer a fisiologia do nascimento através de intervenções autónomas que apoiem a mulher/casal/convivente significativo a experienciar o maior conforto possível da sua experiência de parto como: a utilização dos estímulos sensoriais na promoção de um ambiente tranquilo, o envolvimento na tomada de decisão livre e esclarecida, o respeito pelas escolhas e questões culturais, o empoderamento da mulher no processo de nascimento, o envolvimento do companheiro nas estratégias de promoção de conforto, no sentido de otimizar a saúde da parturiente, o bem-estar materno-fetal, a adaptação do RN à vida extrauterina e a transição para a parentalidade.

### **1.3. Modelo Teórico de Katharine Kolcaba**

Conforto é uma terminologia frequentemente utilizada nos diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros.

A palavra conforto tem origem no latim *confortare*, que significa: restituir as forças físicas, revigorar, fortalecer, dar alento (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001).

Na prática de enfermagem o conforto é simultaneamente um elemento do cuidar e um indicador de qualidade da prestação de cuidados, pelo que este é um imperativo subjacente no planeamento dos mesmos.

Desta forma, se compreende o interesse manifestado por várias teóricas sobre este tema, entre as quais se destacam: Jean Watson (1988), Paterson & Zderad (1988) e Morse (1983). Contudo foi Katharine Kolcaba (1991) que se dedicou à concetualização e operacionalização deste conceito com a criação da teoria do conforto holístico. Esta é considerada uma teoria de médio alcance para a prática de saúde, educação e investigação.

Para Kolcaba, o conforto é um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o stress. O conforto é um estado em que estão satisfeitas (de forma ativa, passiva ou cooperativa) as necessidades humanas básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991; 1994; 2003). Esta autora encara o conforto como um resultado holístico e positivo dos cuidados de enfermagem que contribui para as respostas do indivíduo como um todo, ou seja, influencia todas as dimensões da pessoa.

Os pressupostos que sustentam esta teoria são: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável da prática de enfermagem; os seres humanos esforçam-se para atender às suas necessidades básicas de conforto; o conforto melhorado anima o cliente a adotar comportamentos de procura de saúde; os clientes a quem são atribuídos poderes de procura de saúde estão mais satisfeitos com os seus cuidadores e a integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os recetores de cuidados (Kolcaba, 1994).

A teoria do conforto de Kolcaba é composta por duas dimensões: os três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e os quatro contextos em que é experienciado (físico, social, psicoespiritual e ambiental).

O alívio é um estado em que uma necessidade presente foi satisfeita, tendo a pessoa restabelecido o seu funcionamento habitual. O alívio é essencial para o retorno às funções do ponto anterior à necessidade, sendo este o único estado que pressupõe um desconforto prévio (Kolcaba, 1994).

A tranquilidade pode ser definida como um estado de calma ou contentamento, essencial para um desempenho eficiente. Esta pressupõe a ausência de condições que a ponham em causa, como stress ou angústias (Kolcaba, 1994).

A transcendência é entendida como o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação.

Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural refere-se às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psicoespiritual relativamente à consciência de si mesma, incluindo a autoestima, o auto-conceito, a sexualidade e sentido de vida; e o contexto ambiental que envolve aspetos como a luz, o ruído, o equipamento, a cor, a temperatura, o odor e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003)

Esta teoria refere ainda que as necessidades de cuidados surgem de uma ou mais situações que causam um desequilíbrio no indivíduo ou défices causados por estímulos que causam tensões negativas quando as “forças obstrutivas” superam as “forças facilitadoras” (Kolcaba, 2003). Desta forma, esta teoria é exequível de ser utilizada com ganhos em saúde para a mulher a vivenciar o TP, uma vez que qualquer intervenção que aumente o conforto da mulher, torna-a mais apta e disponível para o TP.

Assim sendo, os EEESMO desempenham um papel fundamental no alívio das necessidades fisiológicas e na promoção de um ambiente tranquilo, através da utilização de intervenções autónomas, como a utilização dos estímulos sensoriais, que apoiem a mulher/casal/convivente significativo a experienciar o maior conforto possível da sua experiência de parto.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Caracterização do Local de Estágio**

O Bloco de Partos (BP) e o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), são as duas estruturas que compõe a maternidade do hospital onde efetuei o ER, assumindo-se este como um hospital perinatal diferenciado de referência do sul do país, uma vez que mais nenhum no Sul do país possui intensivos neonatais e/ou centro de apoio à fertilidade.

Desde 2005 que este hospital possui a certificação de Hospital Amigo dos Bebés, de acordo com as recomendações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1991), encontrando-se nesta equipa uma filosofia de cuidados promotora do parto normal, de acordo com as recomendações da WHO (1996) e APEO & OE (2012).

Este hospital tem como população assistencial as utentes da zona assistencial do hospital, mas também as funcionárias do próprio hospital, grávidas de outros locais que escolham esta unidade hospitalar para o parto ou provenientes de outros hospitais, referenciadas por situações de risco. Devido à sua localização geográfica a população assistencial é marcada por uma elevada multiculturalidade, uma faixa etária com elevada assimetria (nos extremos da fertilidade) e situações de elevado risco materno fetal, o que é um desafio acrescido para a prestação de cuidados.

Ambos, SUOG e BP se localizam no 1 Piso. Apesar de serem serviços estruturalmente diferentes, a gestão de recursos humanos é comum pelo que ao nível da equipa de enfermagem existe uma rotatividade dos elementos entre os dois serviços. Esta equipa é constituída por 32 EEESMO (1 elemento a desempenhar funções de gestão) e por 8 enfermeiros de cuidados gerais.

Em cada turno são escalados sete enfermeiros, que se repartem entre o BP (5) e o SUOG (2) [sempre que possível, um enfermeiro especialista e um generalista], existindo um EEESMO que assume funções de chefe de equipa.

Numa fase inicial do ER foi importante: conhecer a dinâmica organizacional dos dois serviços, efetuar uma consulta documental (guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos, processos clínicos), conhecer os sistemas informáticos

utilizados (Sclenic® e ALERT®) e o percurso efetuado pelas mulheres que recorrem ao SUOG e BP.

Quer a filosofia de cuidados do serviço, quer a localização e características do BP, com um corredor de acesso aos conviventes significativos com luz natural e vista para a natureza, a par com a existência de unidades individualizadas com disponibilidade de utilização de música, redução da luminosidade e estrutura acolhedora (com recurso a cores suaves, “lianas” e disponibilização de monitorização por telemetria), foram identificados como elementos facilitadores à implementação do projeto.

Identifiquei como principais desafios: a necessidade de implementação do projeto a par com o desenvolvimento de competências de especialista e mestre em ESMO, num contexto com situações de grande complexidade na vigilância/assistência à gravidez/parto e um elevado número de partos.

## **2.2. Plano de Implementação e Consecução do Projeto**

O planeamento da implementação do projeto de ER iniciou-se no 2º Semestre do CMESMO, na UC de Opção onde na elaboração do projeto defini a estratégia a utilizar para a consecução do projeto (Apêndices I e II).

Após a entrega e avaliação da UC de Opção várias têm sido as reformulações que me permitiram manter uma linha condutora que, apesar da mudança da orientadora (por motivos de saúde), suportou a implementação do projeto.

Os objetivos do projeto foram definidos tendo por base a temática em estudo e as competências do EEESMO, cujo desenvolvimento e análise serão explorados com maior atenção no capítulo 3.

Para reunir evidência científica para a escolha do tema e estudo acerca do estado de arte sobre o mesmo, foi realizada uma revisão crítica da literatura, através da elaboração de uma primeira *Scoping Review* (SR) intitulada: *A influência do ambiente no trabalho de parto*. Esta revelou-se uma mais valia para a delimitação do tema de projeto de estágio com relatório em conjunto com a orientadora, uma vez que me permitiu expandir horizontes sobre os inúmeros fatores que influenciam a vivência do parto, sido aferido como tema final: *Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto*.



### 2.2.1. Scopping Review: Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto

#### a. Título, Objetivos e Questão de Pesquisa

Foi posteriormente realizada uma segunda *Scoping Review*, elaborada de acordo com o protocolo do *Joanne Briggs Institute* (JBI, 2015), no sentido de pesquisar a literatura que respondesse às inquietações da investigação sobre o uso dos estímulos sensoriais trabalho de parto, tendo a mesma sido intitulada “*Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto: A Scopping Review*”.

Assim sendo, definiu-se como objetivo geral: aprofundar conhecimentos sobre o uso dos estímulos sensoriais (olfativo, visual e auditivo) no trabalho de parto, tendo-se formulado como questão de investigação: Qual a influência do uso dos estímulos sensoriais (olfativo, visual e auditivo) no trabalho de parto?

Esta questão foi efetuada segundo o plano (*background question*) tipo PCC (População, Contexto, Conceito), em que a PCC criada é composta por:

- **População:** parturientes;
- **Conceito:** estímulos sensoriais (olfativo, visual e auditivo) no trabalho de parto;
- **Contexto:** não aplicável (trabalho de parto em meio hospitalar);

#### b. Critérios de Inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- **População:** parturientes [mulheres em trabalho de parto, de qualquer faixa etária, cultura ou etnia (Lowdermilk & Shannon, 2008)];
- **Conceito:** estímulos sensoriais [tendo sido direcionada a pesquisa para o uso dos estímulos auditivos, visuais e olfativos na promoção da fisiologia do trabalho de parto (Walsh, 2007; Stark, Remyne, e Zwelling, 2016);
- **Contexto:** não aplicável (trabalho de parto em meio hospitalar);

### c. Tipo de estudos (tipo de fontes utilizadas para pesquisa)

- **Delimitação temporal:** período compreendido entre [2000-2017] no sentido de obter a evidência científica mais recente;
- **Tipo de Estudos:** selecionados preferencialmente os estudos de investigação primária/secundária, revisões da literatura e guidelines;
- **Línguas:** espanhola, inglesa e portuguesa.

### d. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi efetuada iniciada em Abril de 2016 e será repetida até à entrega do relatório de estágio (Setembro de 2017). Para a mesma foram utilizadas a plataforma *EBSCO Host* e motor de busca *GOOGLE*, tendo sido consultadas as bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline Plus with Full Text*, onde se procedeu à identificação dos descritores e respetivos termos de indexação, que em seguida identifiquei.

O primeiro descritor pesquisado prende-se com a População. Foram efetuadas pesquisas iniciais com os termos indexados “expectant mothers” (MM), “*pregnant women*” (MM) e os termos naturais *pregant* e *parturient*, em ambas as bases de dados, tendo-se verificado que os mesmos se revelaram pouco sensíveis para a pesquisa.

No sentido de perceber a existência de termos de indexação mais sensíveis, foi efetuada a pesquisa do Conceito trabalho de parto, segundo descritor, que em ambas as bases de dados corresponde ao termo “*labor*” (MM).

Nos resultados referentes ao segundo descritor, “Labor” (MM), verificou-se que os termos indexados encontrados referentes à população eram “*female*” (MM) e “*women*”(MM), tendo sido estes os descritores selecionados para a pesquisa em ambas as bases de dados (primeiro descritor).

O terceiro descritor a ser pesquisado foi o Conceito de estímulos sensoriais, tendo sido utilizada para a pesquisa o termo indexado “*sensory stimulation*” (MM) em conjugação com os termos naturais “*sensory stimuli*” e “*multisensory*”.

A pesquisa sobre o Conceito ruído (estímulo sensorial auditivo), correspondente ao quarto descritor, foi efetuada através termos indexados “noise” (MM), “sound” (MM) e “auditory perception” (MM).

Já pesquisa sobre o Conceito de luminosidade (estímulo sensorial visual), quinto descritos, foi realizada através dos termos indexados “light” (MM) e o do termo natural “visual perception”.

Por último, a pesquisa sobre o conceito selecionado para pesquisa do estímulo sensorial olfativo foi direcionada para a aromaterapia, uma vez que esta era uma área na qual já tinha anteriormente aprofundado conhecimentos e com suporte científico para a sua utilização nestes contexto, tendo sido pesquisados os termos indexados “auditory perception”(MM) or “aromatherapy”(MM), em ambas as bases de dados, conforme o presente na Tabela 1.

Os termos encontrados foram combinados e conjugados, utilizando os operadores booleanos de pesquisa “or” e “and”, tendo sido selecionados os estudos que cumprissem os critérios de inclusão e incluíssem os termos da pesquisa: no título, palavras-chave e no caso de interesse; aferida a presença dos termos de indexação como *major* ou *minor headings*; análise secundária através da leitura de resumos dos estudos considerados elegíveis e em caso de dúvida, do artigo integral. Foram excluídos os artigos que não estivessem nas línguas inglesa/portuguesa/ espanhola e utilizado o software de referênciação *Mendeley*®, para remoção de estudos duplicados.

**Tabela 1.** Descritores e Termos de Indexação

	Descritores	Termos de Indexação
<b>P</b> (população)	Parturientes	“Women” (MM) or “Female” (MM)
<b>C</b> (conceito)	Estímulos Sensoriais	“Sensory Stimulation” (MM) or “Sensory Stimuli” or “Multisensory”
	Trabalho de Parto	“Labor” (MM)
	Ruído	“Noise” (MM) or “Sound” (MM) or “Auditory Perception” (MM)
	Luminosidade	“Light” (MM) or “Visual perception” (MM)
	Olfato/Aromaterapia	“Olfactory Perception”(MM) or “Aromatherapy”(MM)
<b>C</b> (contexto)	Não aplicável	“Delivery Room”

Os artigos que cumpriram os critérios de inclusão foram posteriormente analisados através da leitura dos resumos e sempre que se existiram dúvidas, efetuada leitura do artigo integral, tendo sido selecionados um total de 12 estudos, conforme o apresentado no diagrama de pesquisa do JBI (Tabela 2).

**Tabela 2.** Diagrama Prisma 2009 (Search Strategy decision tree template JBI)

Plataformas Dados	Medline Plus with Full Text	CINAHL Plus with Full Text	GOOGLE
Identificação	43	44	(7)
	20		Remoção estudos duplicados
Triagem de estudos	74	Triados	57
	Removidos		
Elegibilidade	17		
Inclusão	12		

#### e) Extração dos dados e instrumentos padronizados utilizados

Após a identificação dos estudos, procedeu-se à avaliação crítica dos mesmos, tendo por base os instrumentos disponibilizados pelo JBI (2015), nomeadamente: o JBI *Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control* (estudos quantitativos), o JBI *Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case Series* (estudos com metodologia mista), o JBI *Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text* (para artigos de opinião de peritos /ou guidelines) e o JBI *QUARI Critical Appraisal Checklist for Interpretative & Critical Research* (estudos qualitativos).

Todos os estudos demonstraram ter boa qualidade metodológica, não se verificando divergências na opinião das autoras.

A recolha de dados foi efetuada, à semelhança da avaliação crítica, utilizando as ferramentas de extração de dados do JBI (2015): o JBI *Data Extration Form for Experimental/Observational Studies* (estudos quantitativos e de metodologia mista), o JBI *Data Extration Template for Qualitative Evidence* (estudos qualitativos) e o JBI *Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence* (artigos de opinião de peritos e *guidelines*).

No sentido de clarificar a aplicação da metodologia da SR, irei apresentar no Apêndice III a seleção, avaliação crítica e extração de dados dos estudos selecionados, cujos resultados serviram de base para a elaboração do enquadramento teórico.

A pesquisa bibliográfica foi igualmente uma constante nos vários EC, permitindo-me aprofundar conhecimentos sobre o “estado da arte” relativamente ao papel do EEESMO na sensibilização sobre os estímulos sensoriais no trabalho de parto, justificando a pertinência e a escolha desta temática.

No início do ER houve a necessidade de realizar um diagnóstico de situação sobre a filosofia de cuidados do local de estágio e pertinência do projeto para os profissionais, sendo que a reunião e discussão do mesmo com a enfermeira chefe, EESMO orientadora (OL) e docente orientadora me apoiaram na estruturação de uma “grelha de observação” para a colheita de dados (Apêndice IV), cuja elaboração contemplou o registo dos dados sócio demográficos, vigilância da gravidez atual, acompanhamento no trabalho de parto/parto (medidas de conforto implementadas de acordo com as necessidades identificadas) e puerpério. Sempre que existiu recetividade e autorização por parte da mulher/casal/convivente significativo para implementar o projeto, recolhi os dados sobre os ganhos das medidas implementadas.

### **2.3. Descrição dos Objetivos, Atividades e Análise dos Resultados Obtidos**

Neste subcapítulo irei debruçar-me sobre as atividades realizadas ao longo do ECER/restantes EC no sentido de atingir os objetivos do projeto de ER, e desta forma analisar os contributos destas para o desenvolvimento de competências técnico científicas, éticas e relacionais para a prestação de cuidados especializados na área da saúde materna e obstétrica.

#### **1. Identificar a evidência científica relevante relativamente à utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto (auditivo, visual e olfativo)**

Para atingir este objetivo realizei uma revisão da literatura com base na metodologia SR, que me permitiu adquirir/aprofundar conhecimentos sobre o “estado da arte”, de forma a poder fundamentar a prática na evidência científica disponível.

Foram também realizadas reuniões com peritos, nomeadamente com a EEESMO orientadora e com uma especialista em Medicina Tradicional Chinesa

(MTC)/Aromaterapeuta, no sentido de apresentar e de discutir os resultados desta pesquisa. Esta partilha de saberes foi essencial para a escolha dos OE.

Apesar de os estudos consultados (Buckle *et al*, 2014; Price & Price, 2012; Kaviani *et al*, 2014) suportarem a utilização dos OE incenso (*Boswellia carteri*) e hortelã-pimenta (*mentha piperita*), a aromaterapeuta apresenta algumas reservas na utilização dos mesmos, uma vez que estes OE apresentam algumas restrições para utilização na gravidez/parto e pós-parto, sobretudo se existir uma aplicação tópica. Contrariamente a estes, os OE de rosa (*Rosa damascena*) e jasmim (*Jasminum grandiflorum*) apresentam inúmeros ganhos na gravidez, TP/parto e pós-parto, contudo o elevado custo na sua aquisição, excluiu a sua inclusão no projeto.

Como alternativa a estes, foi sugerido o uso dos OE de palmarosa (*Cymbopogon Martini* - excelente tónico uterino) e funcho (*Foeniculum vulgare* - no trabalho de parto promove a coragem e acalma), que após pesquisa complementar foram aceites e integrados no projeto (Price & Price, 2012), tendo sido selecionados para o projeto os OE. de: funcho, lavanda, limão, palmarosa, salvia e tangerina.

A reunião com esta especialista revelou-se uma mais valia na fundamentação do pedido de patrocínio científico do material/encaminhamento do mesmo (Apêndice V).

De realçar que o material com que inicialmente foi iniciada a implementação do projeto foi adquirido por mim, tendo sido escolhido um difusor por pressão a frio (material que melhor otimiza os efeitos do OE.) e OE. com certificação de qualidade (provenientes de agricultura biológica e com análise cromatográfica).

A resposta positiva do patrocínio científico chegou a meio do estágio, possibilitando-me aumentar a oferta aos casais, e a sensibilização da equipa para o projeto, através da formação em serviço e construção de documentação de apoio, uma vez que todo o material utilizado no projeto ficou para o serviço (Figura 1).



**Figura 1.** Material do projeto Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto

**2. Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde, materna, obstétrica e ginecológica à mulher/casal/convivente significativo inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, promovendo um ambiente tranquilo, através do uso dos estímulos sensoriais, no sentido de otimizar a saúde da parturiente, o bem-estar materno-fetal e a adaptação do RN à vida extrauterina**

Conforme salienta a OE no documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”,

na implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados de investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de linhas orientadoras de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p.12).

Desta forma, para atingir este objetivo, tive necessidade de primeiro identificar quais os conhecimentos que as mulheres já tinham em relação à utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto, pelo que este tema foi alvo da minha atenção ao longo dos diversos EC, e não apenas do ER.

Nos EC I (prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica) e EC II (prestação de cuidados de enfermagem especializados no período pós-natal), foram realizadas entrevistas informais às mulheres/ puérperas com o objetivo de conhecer as experiências de parto das mulheres a quem prestei cuidados.

Uma vez que pude prestar cuidados a mulheres de diversas faixas etárias e fases do ciclo de vida, as vivências relatadas foram de uma enorme riqueza pois cuidei de mulheres que tiveram os seus filhos no domicílio com parteiras (relatando a satisfação e as dificuldades por estas vivenciadas) e de mulheres que tiveram partos hospitalares, sendo que neste segundo grupo de mulheres existiu a perceção de uma maior vigilância, maior controlo da dor (analgesia epidural), mas também de uma maior intervenção (episiotomias, grande número de cervicometrias, fórceps...).

No EC III (prestação de cuidados de enfermagem especializados no período pré-natal) foi possível realizar ações de educação para a saúde à mulher/casal/família nas

consultas de vigilância pré-natal, onde foi abordada a temática do projeto, em especial na consulta de enfermagem antes do encaminhamento para o hospital de referência.

Ainda neste EC, foi possível colaborar/participar no curso de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP), com a apresentação do projeto na sessão de formação direcionada à apresentação das estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto durante o TP, mas também realizar formação em serviço à equipa da UCSP do contexto, sobre o projeto (Apêndices VI).

No EC IV (prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal) foi possível a implementação das estratégias não farmacológicas promotoras de conforto às grávidas internadas para indução do TP.

Uma vez que estas grávidas admitidas neste serviço para indução do TP por idade gestacional (IG) ou por patologia, se encontravam em fase latente do TP, a utilização de medidas farmacológicas para alívio da dor/desconforto encontra-se limitada. Das 28 grávidas a quem prestei cuidados em fase latente do TP, pude efetuar uma sensibilização sobre o trabalho de parto em 12 parturientes, com as quais abordei igualmente a temática do projeto.

Pude incentivar a utilização de estratégias não farmacológicas promotoras de conforto em todas as grávidas, nomeadamente: exercícios respiratórios (28), a deambulação (12), a utilização da água - duche no relaxamento (8) e da presença do convivente significativo, que se encontram em consonância com a evidência científica relativamente a este tema (OE, 2013; Stark *et al*, 2016).

Ainda no âmbito deste EC, tive ainda oportunidade de participar nas consultas de vigilância pré-natal na consulta externa de medicina materno fetal e realizar uma sensibilização para este tema, mas também assistir a uma sessão do CPNP.

A realização destes EC (III e IV) despertou-me para três problemáticas que sugerem a necessidade de intervenção enquanto futura EEESMO, nomeadamente: uma reduzida adesão/frequência dos CPNP (bastante inferior ao número de vigilâncias da gravidez realizado), a impossibilidade de realização dos CPNP por parte das mulheres internadas com patologia na gravidez (também elas com necessidades de aprendizagem), mas também a impossibilidade de existir um acompanhamento permanente do convivente significativo, quando a indução do TP ocorre num serviço de internamento, onde existe regulamentação que legitima a presença do convivente.



Perante esta realidade importa encontrar estratégias de intervenção nos diferentes contextos, facilitadoras de um maior envolvimento da mulher/casal/convivente significativo, uma vez que o enfermeiro obstetra deve promover “(...) a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade” (OE, 2010, p.4), qualquer que seja o seu contexto de atuação.

No EC V [prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e/ou com patologia] pude adquirir conhecimentos sobre o impacto da prestação de cuidados de enfermagem especializados na adaptação à vida extrauterina do RNPT, em especial da compreensão dos cuidados a considerar na assistência durante o parto.

A realização de pesquisa para a realização de formação em serviço (trabalho de grupo), sobre o conceito de manipulação mínima foi bastante pertinente uma vez que este se encontra correlacionado com a temática do projeto (nomeadamente, a redução do ruído/luminosidade e a utilização do olfato na vinculação do RNPT/pais).

O conceito de manipulação mínima consiste no agrupamento dos cuidados e na redução das intervenções realizadas ao RNPT, pela equipa multidisciplinar, restringindo-as ao mínimo necessário ao tratamento adequado (Peters, 1999).

Conforme referido anteriormente, a implementação do projeto de ER no contexto de estágio foi precedida de reuniões de apresentação do mesmo à Enf<sup>a</sup>. Chefe e a OL, que se revelaram uma mais valia no diagnóstico de situação e elaboração e de uma “grelha de observação” para recolha de dados (estruturada com apoio da orientadora e posteriormente apresentada no ECER).

Desta forma, no período de adaptação/integração/diagnóstico de situação (cerca de 3 semanas), a minha atuação foi sobretudo de observação participante tentando integrar-me no acompanhamento à mulher/casal/convivente significativo nos diferentes estádios do TP, na adaptação do RN ao meio extrauterino e na promoção da transição para a parentalidade, tentando perceber como implementar o projeto.

A recolha de dados, que de seguida apresento, decorreu sempre de um modo informal, através da observação e de momentos de interação registados sob a forma de “grelha de observação”. De realçar que a utilização do projeto no acompanhamento à mulher/ casal/convivente significativo foi sempre precedida de uma apresentação do

mesmo, tendo sido autorizada o uso dos estímulos sensoriais no trabalho de parto/parto, com o consentimento informado e esclarecido verbal das participantes.

As intervenções de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/convivente significativo ao longo dos diferentes estádios do TP, foram planeadas, implementadas e avaliadas com a finalidade de promover o conforto.

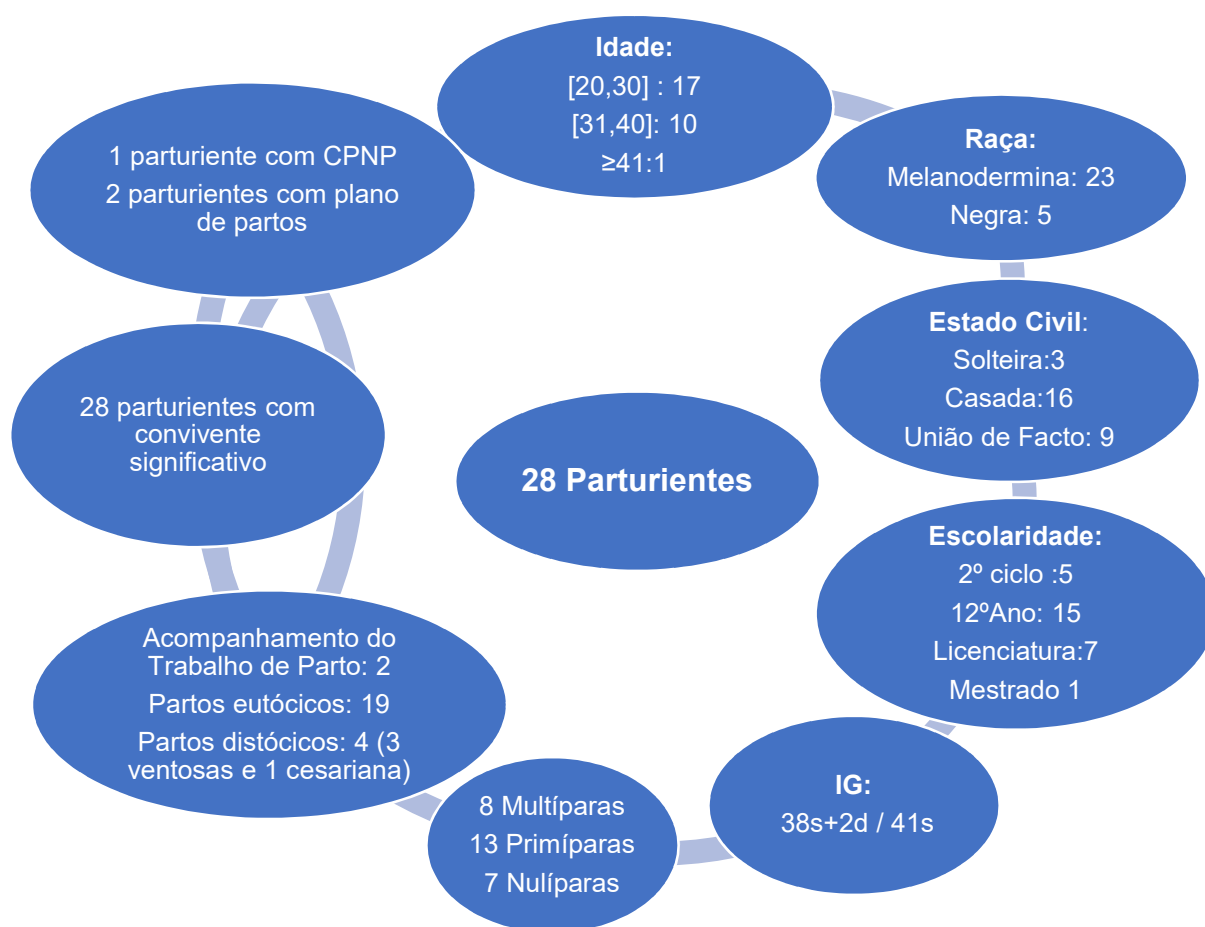
Durante o ECER, prestei cuidados a 83 parturientes em diferentes estádios do TP, sendo que nas primeiras 20 parturientes (acompanhadas no período de diagnóstico de situação) fui debatendo com a mulher/casal/convivente significativo as suas preferências para o trabalho de parto/parto, nomeadamente a utilização de algumas estratégias promotoras de conforto como: a promoção da deambulação/mudanças de posicionamento no TP, a utilização da bola de nascimento, a utilização de música, a redução da luminosidade, a massagem, a ingestão de líquidos claros, a escolha de posição para o parto, entre outros (OE, 2013). Mesmo nas parturientes já se encontravam no 2º estágio do TP (7), houve o cuidado de promover a redução do ruído/ luminosidade e a escolha da posição para o parto, no sentido de facilitar a fisiologia do nascimento, aumentar conforto e promover um ambiente tranquilo.

Nas 28 parturientes/casais/conviventes significativos junto dos quais pude promover a utilização dos estímulos sensoriais no TP, foi debatido junto os mesmos as estratégias a implementar, nomeadamente: a redução da luminosidade/uso de luz natural, o uso de música (dos próprios/do serviço) / a redução do ruído (silêncio), e o aroma para o TP/parto (tendo sido apresentados os OE. disponíveis e sua finalidade).

No sentido de conhecer a mulher a quem prestei cuidados, afigurou-se importante realizar uma breve caracterização da amostra (Figura 2).

As 28 parturientes que acompanhei, apresentaram uma distribuição etária entre os [20, 41], com uma média de idades de (27,4), maioritariamente mães pela primeira vez (46% primíparas/25% nulíparas/29%multíparas), com gestações de termo (IG média 38,2). Apesar de na amostra em análise ter acompanhado maioritariamente casais (57% casadas/32% união de fato/11% solteiras), com escolaridade obrigatória (54% 12ºano/25% licenciatura/ mestrado 4%/ apenas17% com 2ºciclo), apenas 1 casal frequentou o CPNP e 2 trouxeram plano de parto.

Estes dados, veem reforçar a reflexão efetuada anteriormente (nos EC III/IV), sendo que a falta de informação pode comprometer o planeamento e a decisão esclarecida relativamente ao nascimento de um filho, tornando o diálogo com a mulher/casal/convivente significativo (uma vez que existiu a presença de acompanhante em todos os acompanhamentos) um momento fundamental na capacitação para o TP.



**Figura 2.** Caraterização da amostra

O conforto sentido pela parturiente, pode ser experimentado ao nível físico, social, psico-espiritual, mas também ambiental, sendo que, os principais motivos de desconforto no trabalho de parto, de acordo com a pesquisa da evidência científica (Jenkinson *et al*, 2014; Stark, Remyense, e Zwelling, 2016), se encontram relacionados com: a necessidade de suporte (pelo convivente significativo e pelos profissionais), o medo relativamente ao parto e à dor de parto, a necessidade de segurança, um

ambiente acolhedor e respeitador da sua privacidade, o alívio dos desconfortos vivenciados no TP/parto, mas também as considerações culturais.

Assim sendo, uma das principais estratégias utilizadas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/convivente significativo foi o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança e respeito, com vista a que, dentro do possível, pudessem ser concretizadas as suas preferências para o parto, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva e agradável para todos os intervenientes.

Relativamente ao alívio dos desconfortos físicos, nomeadamente a dor, foi promovida das seguintes medidas de **conforto físico**:

- o acesso ao duche foi disponibilizado a (7) parturientes em fase latente do TP, com efeitos positivos em todas elas [sendo que (6) referiram alívio da dor, (1) recuperação de uma sensação de tranquilidade]. Estes resultados encontram-se de acordo com a evidência consultada, que incentiva o uso do duche/imersão na promoção do bem-estar psicológico, aumento do relaxamento e do conforto durante o TP (Jenkinson *et al.*, 2014);
- a massagem foi uma intervenção não farmacológica disponibilizada em (16) parturientes. A massagem permite reduzir a dor e a ansiedade, produzindo uma sensação de relaxamento. Esta medida foi proposta à parturiente, tendo sido promovido o envolvimento dos conviventes, com agrado por parte da díade. (14) parturientes referiram alívio, sendo que (2) verbalizaram que a utilização desta medida as deixou mais tranquilas, o que se encontra de acordo com a evidência consultada (Lowdermilk & Perry, 2008);
- a utilização da bola de nascimento foi possível em (20) das parturientes. Uma vez que a frequência dos CPNP foi reduzida, houve a necessidade de disponibilizar informação à mulher/convivente sobre os benefícios do uso desta medida e cuidados relativamente à sua utilização. A bola de nascimento ajuda a diminuir as dores ao nível da região dorsolombar, mas também pélvica, favorecendo as assimetrias da bacia e a fisiologia do TP/parto (APEO & FAME, 2009). O uso desta medida promoveu alívio a (18) mulheres e sensação de tranquilidade em (2).
- a utilização da deambulação no TP foi uma realizada em (21) das parturientes da amostra, como medida que favorece a liberdade de movimentos, reduz a

dor, possibilita a descida da apresentação e o aumento dos diâmetros pélvicos (APEO&FAME, 2009). A utilização da telemetria facilita a disponibilização desta estratégia, uma vez que permite uma monitorização contínua. Todas as mulheres referiram ganhos com esta medida, sendo que (18) referiram alívio e (3) tranquilidade.

- a escolha da posição do parto foi uma realidade para todas as parturientes a quem assisti ao parto (19), tendo (16) referido alívio pela escolha da posição e (3) tranquilidade. O respeito pelas preferências da mulher e o recurso a posições fisiológicas como o uso da posição sentada e lateral, foi expresso pela grande maioria das mulheres como facilitador do parto (APEO&FAME, 2009).

No que respeita ao **conforto ambiental**, este foi maioritariamente utilizado como medida de alívio da ansiedade, redução do medo e promoção de um ambiente seguro, tranquilo, com respeito pela privacidade e fisiologia do parto. Neste sentido recorri ao uso dos estímulos sensoriais, para a promoção do ambiente tranquilo, mais concretamente, aos estímulos olfativos, visuais e auditivos, sendo que os resultados da utilização destes foram globalmente positivos em (27) parturientes da amostra, sendo que (1) parturiente apenas se expressou no puerpério imediato, considerando a utilização destas medidas bastante agradável. Desta forma (14) das parturientes refeririam redução da ansiedade, medo e aumento do bem-estar, face à possibilidade de controlar/minimizar a iluminação, utilização da música (20) /silêncio em (7), e uso dos estímulos olfativos, ao passo que (13) verbalizaram que estas medidas foram promotoras de tranquilidade.

Relativamente ao uso dos OE., a grande maioria das mulheres optou pelo uso da tangerina (19), ao passo que as restantes (9), escolheram para o TP, o funcho (3), o limão (3) e a palmarosa (3).

Os resultados obtidos, são semelhantes aos referidos nos estudos consultados (Newburn& Singh, 2006; Oliveira *et al*, 2011; Jenkinson *et al*, 2014; Buckle *et al*, 2014), à exceção das escolhas do OE. Na grande maioria dos estudos, a lavanda foi utilizada como um dos principais OE., recomendado para o alívio da dor e melhoria da respiração, contudo sempre que este foi apresentado às parturientes/convivente significativo, foi rejeitado, provavelmente devido ao fato de quando é apresentado em concentrado apresenta um aroma forte. Desta forma, as mulheres escolheram maioritariamente aromas doces e alegres, mais familiares, como o funcho, o limão e

a tangerina, sendo que no caso da palmarosa (1) parturiente já conhecia este OE. e os seus benefícios, tendo ficado bastante agradada com esta medida.

No que diz respeito ao **conforto psico espiritual**, nomeadamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados culturalmente sensíveis, as mulheres referiam ter sido enriquecedor/fator de alívio expresso por (22) parturientes e motivo de maior tranquilidade por (6) parturientes (de várias nacionalidades e culturas: angolanas, são-tomenses, cabo-verdianas, portuguesas, moldava e cigana).

Também o apoio contínuo, por parte do convivente e da EEESMO, foi valorizado positivamente por todas as parturientes, sendo que este foi um fator de alívio para (21) parturientes e de segurança/tranquilidade para (7) parturientes, o que se encontra em consonância com os resultados da evidência consultada (Stark *et al*, 2016).

Já no que respeita o **conforto social**, foram analisados 4 itens, referentes ao parto, nomeadamente: o contato pele a pele, o clampagem tardia do cordão umbilical, o apoio na amamentação (AM) e o apoio à tríade.

O contato pele com pele, foi um motivo de alívio para (19) parturientes e de tranquilidade (2). Uma vez que o projeto foi implementado em (2) mulheres em que apenas acompanhei o TP e em (4) situações de partos distócicos, em que houve uma separação temporal da díade/tríade, para observação pelo pediatra, é perceptível que este item não seja mencionado pela totalidade da amostra.

O mesmo sucedeu com o clampagem tardia do cordão umbilical, que apenas ocorreu nos partos eutócicos, sendo que este não foi possível em duas situações por presença de circular cervical apertada. Assim sendo, das (17) mulheres que às quais pude proporcionar esta medida, (14) expressaram alívio e (3) expressaram tranquilidade.

Já relativamente ao AM, este item foi apenas expresso pelas mulheres a quem realizei o parto, tendo sido promovido, na grande maioria dos RN na 1ª hora de vida. Para (17) puérperas a AM foi um motivo de alívio e de tranquilidade para (2) puérperas, pois ansiavam saber se conseguiriam ter sucesso na AM.

O apoio à tríade, foi avaliado por todas as parturientes em que acompanhei o parto, sendo que para (23) parturientes este foi um fator de alívio e para (3) de tranquilidade. Este item foi particularmente importante para o casal, nomeadamente no apoio a situações de distócia, onde as necessidades de informação e suporte emocional, foram essenciais na redução dos níveis de ansiedade.

Quando questionei as mulheres no puerpério imediato relativamente a vivência do TP/parto, as respostas encontradas foram:

- *“Inicialmente senti-me receosa, mas o apoio e acolhimento fizeram-me sentir segura (E1)”*;
- *“Com Tranquilidade (E12)”*;
- *“De forma muito positiva, pelo apoio, possibilidade de andar e escolher a posição para o parto (E16)”*;
- *“Agora sei que consigo! Foi uma experiência positiva, em que a vossa presença (EESMO), o meu marido e o ambiente foram a chave para um parto perfeito(E24).”*

Relativamente à utilização dos estímulos sensoriais, esta foi considerada uma mais valia, como se pode perceber pelos seguintes excertos:

- *“Sim, senti-me relaxada e segura (E1)”*;
- *“Sim, ajudaram-me no relaxamento. Não fazia ideia do impacto que tinham (aromaterapia) (E16)”*;
- *“Sim, gostei muito da utilização dos estímulos sensoriais, em especial da aromaterapia. Foi uma agradável surpresa (E22)”*.

Quando questionei as parturientes (8), relativamente às diferenças sentidas relativamente a partos anteriores, as respostas foram favoráveis à implementação destas medidas, como presente nos seguintes excertos:

- *“Senti apoio e respeito pelas minhas escolhas (E6)”*;
- *“Bastante melhor. No anterior sofri muito (E 4)”*.

Os resultados encontrados, demonstram um feedback positivo face às estratégias implementadas na totalidade da amostra, com satisfação pela vivência da experiência de parto, o que se encontra em consonância com os resultados encontrados na evidência (Burns *et al*, 2007; Stark *et al*, 2016).

Neste momento tão importante na vida da mulher/família, o EESMOG desempenha um papel essencial na assistência ao TP, uma vez que este é o profissional que acompanha a mulher/convivente significativo ao longo de todo o TP e possui o conhecimento técnico e científico para implementar medidas promotoras da fisiologia do parto, como as proporcionadas pela utilização dos estímulos sensoriais.

Apesar de apenas ter tido a oportunidade de implementar o uso dos estímulos sensoriais em 28 parturientes, considero ter alcançado o objetivo formulado, na medida em que me foi possível a realização de todas as atividades planeadas, com ganhos em saúde para todos os intervenientes.

### **3. Divulgar na comunidade científica as aprendizagens decorrentes do projeto desenvolvido**

No sentido de cumprir este último objetivo, e uma vez que um dos itens do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista se prende com a prática baseada na evidência e com a produção e divulgação dos resultados da investigação, quer seja esta referente à pesquisa da literatura, quer resulte da implementação de projetos, foram várias as atividades iniciadas realizadas no ECER.

Neste sentido, e após discussão com a Enf<sup>a</sup>. Chefe e OL, foi planeada a realização de formação em serviço com objetivo de sensibilizar a equipa do BP para a problemática do projeto (e questões inerentes à sua implementação em contexto de estágio) /utilização futura dos estímulos sensoriais no TP pela própria equipa, uma vez que todo o material utilizado para o projeto ficou para o serviço. Esta foi realizada no contexto das manhãs de formação de serviço a toda a equipa de enfermagem (Apêndice VII), tendo sido igualmente elaborados dois folhetos com os temas aromaterapia no trabalho de parto/estímulos sensoriais no trabalho de parto para a equipa e para os casais (Apêndices VIII e IX).

Tive ainda a possibilidade de divulgar o projeto do ECER através da realização de uma sessão de formação no CPNP do hospital, a convite de uma das EEESMO da consulta externa de obstetrícia.

Em ambos os contextos, o feedback foi positivo, ficando a equipa e os casais sensíveis e motivados para esta problemática.

Para além destas atividades de divulgação do projeto, elaborei em colaboração com as orientadoras do projeto, (2) posteres referentes às *Scoppings* realizadas (Apêndices X e XI), que irei submeter para participação no I Encontro Internacional de Saúde Sexual e Reprodutiva da ESEL (Outubro, 2017).

A elaboração do RE e discussão com a orientadora, permitiu-me refletir sobre a elaboração da apresentação do documento para defesa do projeto de ER, que se encontra em realização. Das atividades planeadas, encontram-se também em curso a elaboração de 2 artigos científicos referentes à *scoping* e ao projeto.

Assim sendo, este objetivo encontra-se ainda em fase de consecução.



## **2.4. Considerações Éticas**

Ao longo do ECER regi a minha prática de acordo com o código ético e deontológico do enfermeiro, priorizando a obtenção do consentimento informado e esclarecido à parturiente/ casal/ convivente significativo relativamente à minha condição de estudante, antes de iniciar toda e qualquer intervenção, promovendo assim a autonomia e a liberdade de escolha na tomada de decisão. Caso o parecer face à prestação de cuidados fosse positivo, o que ocorreu em todas as 28 parturientes da amostra, iniciar-se ia uma relação terapêutica, salvaguardando a dignidade e o respeito, pela sua intimidade, mas também pelas suas crenças valores e escolhas, no sentido de promover cuidados culturalmente sensíveis e centrados nas escolhas da mulher.

Apesar do projeto implementado ter origem numa metodologia de investigação, SR, a implementação do mesmo no EC não pode cumprir de forma criteriosa o pedido de obtenção de parecer sobre o mesmo à comissão de ética hospitalar uma vez que a distribuição dos estudantes pelos EC só foi conhecida na semana de prática simulada, que precedeu o início do estágio.

Ainda assim, considero que foram salvaguardados os princípios da boa prática, uma vez que foi obtido consentimento por parte da escola para os locais de estágio, da enfermeira chefe e OL para a implementação do projeto e o consentimento informado verbal por parte de todos os casais.

Os resultados atrás apresentados foram obtidos através dos registos de enfermagem, tendo para o efeito cumprido os registos do serviço, mas também o preenchimento de uma “grelha de observação”, previamente elaborada, com dados da história da gravidez (BSG, SClinic...), processo de enfermagem de acordo com a teoria do conforto, observação e diálogo com as parturientes.

### **3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM**

De acordo com Benner (2005), a aquisição de competências para uma excelência no cuidar, surge através de uma aprendizagem experiencial, onde se associa o conhecimento teórico e a prática profissional. Enquanto enfermeira de cuidados gerais e futura EEESMO subscrevo esta ideia que me tem acompanhado ao longo do meu percurso profissional.

Quando iniciei a atividade profissional, o foco da minha prestação de cuidados era cumprir as normas e orientações que aprendera, mobilizando o aprendizado na prestação de cuidados. Com o passar do tempo, fui aprimorando a arte do cuidar, através da prática reflexiva, da pesquisa da evidência, da partilha com os pares, da aprendizagem com os clientes e da experiência profissional, alterando a minha estrutura de pensamento, de um pensamento dedutivo para um pensamento indutivo.

Ao iniciar a especialidade e rever alguns destes conceitos nas UC de investigação e supervisão clínica, compreendi que necessitaria de desenvolver um percurso de desenvolvimento pessoal e socioprofissional direcionado para a aquisição das competências de especialista e mestre em enfermagem. Desta forma, ao tomar contato com os Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESMOG, mas também as competências de especialista presentes ICM e dos descritores de Dublin para o 2º ciclo, compreendi a necessidade de desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas que me permitissem prestar cuidados de enfermagem especializados, seguros, culturalmente sensíveis, congruentes e centrados nas necessidades dos clientes.

Foi neste sentido, tendo por base a especificidade da área obstétrica e ginecológica, que desenvolvi o meu percurso académico, onde pude desenvolver um conjunto de intervenções especializadas que permitiram a articulação e a mobilização de conhecimentos atuais, bem como a implementação, o desenvolvimento e a sedimentação de competências transversais a outras UC, no contexto de ER.

Uma vez que em o presente RE se encontra centrado no desenvolvimento de competências realizado no ECER, irei centrar esta reflexão nos objetivos presentes no guia orientador do ER, desenvolvidos nos SUOG (3.1) e BP (3.2).

### **3.1. O cuidar de enfermagem especializado à mulher/RN/família em situação de saúde e doença que recorre ao SUOG**

A prestação de cuidados especializados no SUOG requer do EEESMOG a capacidade de articular conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais que lhe possibilitem prestar cuidados seguros e de qualidade, mas também a capacidade de fornecer apoio emocional perante situações desconhecidas, potencialmente geradoras de stress para a mulher/RN/casal/família, que se coadune com a situação que estes se encontram a vivenciar.

Considerando que até à data o meu percurso profissional foi maioritariamente dedicado à prestação de cuidados de enfermagem ao adulto e idoso com doença aguda /crónica (na medicina/oncologia/cuidados paliativos), a minha experiência no serviço de urgência é bastante reduzida (apenas em situações de urgência em contexto de internamento). Desta forma, um dos maiores desafios que senti, aquando a realização dos primeiros turnos neste serviço, foi a dificuldade na aplicação dos critérios de emergência na triagem, uma vez que esta pressupõe uma avaliação objetiva e sistematizada, com rápida mobilização de conhecimentos de acordo com a pessoa e a situação clínica. Assim sendo, ter realizado o primeiro turno de estágio neste serviço, deixou-me algo apreensiva, mas simultaneamente despertou-me para a multiplicidade de situações que aqui chegam, pelo que, quando regressei a este contexto na última semana de estágio, senti uma maior fluidez na minha resposta.

Durante o ECER tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres com patologia ginecológica, mas também a grávidas que recorreram ao SUOG por patologia associada ou em situação de risco materno-fetal.

Relativamente à área ginecológica os motivos mais frequentes de vinda a este serviço foram: infeções urinárias/vaginais, doença inflamatória pélvica, miomas, abortos retidos ou espontâneos.

Esta diversidade de diagnósticos, quando associados a diferentes fases do ciclo de vida, constituem um verdadeiro desafio para a prestação de cuidados à mulher/família, em função da sua condição de saúde/doença, prevenindo complicações e atuando ao nível do tratamento no sentido de promover a sua saúde e aumentar o seu bem-estar.

Relativamente à área obstétrica os motivos que mais frequentemente trouxeram as mulheres ao SUOG/BP foram: a ameaça de aborto ou aborto em evolução, hemorragia, algias pélvicas, infeções urinárias, contractilidade regular e dolorosa, diminuição dos movimentos fetais, placenta prévia, ameaça de parto pré-termo (APPT), hipertensão induzida pela gravidez/pré-eclampsia, rutura prematura de membranas (RPM), início de TP/TP ativo, mas também deiscência de episiorrafia e infeção puerperal. Em todas as triagens efetuadas neste âmbito foi reavaliado o risco gravídico, no sentido de permitir a identificação precoce do risco/prevenção de complicações na gravidez.

Em quaisquer dos âmbitos acima referidos o primeiro contacto da mulher/grávida que recorre ao SUOG é a administrativa que realiza a inscrição, ficando a aguardar a chamada da equipa de enfermagem para realização da triagem.

A realização da triagem de Manchester e avaliação dos sinais vitais pela enfermeira especialista é, a meu ver, uma mais-valia no despiste e encaminhamento de situações do âmbito ginecológico e obstétrico e na possibilidade de iniciar e implementar de forma autónoma intervenções no âmbito da sua área de competências, de acordo com presente no regulamento de competências da especialidade de ESMOG, sendo que:

“o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais do ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida da mulher,” (OE, 2010, p.1)

De acordo com a triagem realizada é atribuída uma cor representando a gravidade e necessidade de cuidados [(não urgente(azul)/pouco urgente(verde)/urgente(amarelo)/muito urgente(laranja)/emergente(vermelho)].

Numa fase inicial, pude observar de forma participativa a realização de triagens pela OL, tendo posteriormente realizado autonomamente cerca de 30 triagens.

Procurei sempre receber a mulher/grávida/família demonstrando disponibilidade e empatia, favorecendo um ambiente tranquilo e seguro através da manutenção da privacidade e redução dos estímulos ambientais. Desta forma, foram muitos os momentos em que, quer na triagem, quer na prestação de cuidados diretos, me foi oportuno realizar/completar uma anamnese mais pormenorizada [ex.: consulta dos

boletins de planeamento familiar (BPF)/saúde da grávida (BSG), com especial enfoque nos antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos e ginecológicos, história da gravidez atual, condição social e psicológica e sintomatologia atual, ...], com uma sistemática avaliação física, revelando-se pertinente no sentido de adequar da minha intervenção à individualidade de cada mulher. Tentei inteirar-me das suas queixas e preocupações, passíveis de se constituírem como fatores de stress/ansiedade, no sentido de promover o alívio das mesmas e o retorno a um estado de tranquilidade/transcendência.

Pude colaborar na vigilância/tratamento de mulheres com patologia ginecológica e de grávidas com alterações do bem estar materno fetal/patologias associadas, através da realização de intervenções autónomas, ao nível das competências da especialidade [nomeadamente: a avaliação da estática fetal, também conhecidas como as manobras de Leopold, que permitem identificar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida da pélvis e a localização esperado do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaco fetal (FCF); do bem-estar materno fetal através da auscultação dos batimentos cardio fetais (ABCF); vigilância e monitorização da FCF/contratilidade uterina através de cardiocografia(CTG), exame vaginal, entre outros...] e interdependentes (nomeadamente a administração de terapêutica via endovenosa, colheita de produtos para análise laboratorial, a colaboração em exames de diagnóstico/intervenção).

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a:

- uma mulher a vivenciar uma situação de aborto retido, a aguardar realização de curetagem;
- uma mulher a vivenciar situação de aborto em evolução, com hemorragia presente, não existindo necessidade de realização de curetagem (devido à expulsão completa do feto e membranas);
- uma mulher com interrupção da gravidez medicamentosa (IVG) falhada, (que recorreu ao SUOG após consulta após tentativa de IVG, com manutenção da gravidez), internada em observação no SUOG para repetição de indução medicamentosa;

Apesar da intervenção no cuidar ser individualizada para a vivência de cada mulher, esta não é uma situação fácil de gerir, pois se nas primeiras duas situações poderá

ter existido a perda de um projeto de família, a terceira situação não deixa de ser igualmente importante para a prestação de cuidados, uma vez que os motivos que conduzem a mulher a interromper, e neste caso vir reforçar o seu pedido de cessar a gestação, têm igualmente um profundo peso na vivência da mulher/casal.

Já em anteriores contextos de estágios me tinha deparado com esta realidade (EC I, EC II, ECIII e EC IV), quer ao nível do pedido da realização da IVG, quer no acompanhamento de três situações de interrupção médica da gravidez, o que me levou a refletir sobre o cuidar e sobre a minha postura perante estas situações, enquanto mulher e profissional de saúde. A minha experiência pessoal e profissional com a perda e luto é de que, esta é uma experiência individual e única, que afeta todos os intervenientes no processo (mulher/companheiro/filhos/família), exigindo um processo de luto, que por vezes se torna complexo, em especial quando as perdas ocorrem numa fase precoce ou são consequência de um pedido de IVG.

Desta forma, no sentido de facilitar processos de *coping* saudáveis, tentei estar presente, demonstrar disponibilidade, e facilitar a presença das pessoas significativas, discutindo com a mulher/família as suas necessidades, em termos de apoio psicológico e social, informando-a/os dos seus direitos e da importância de viver/em a sua perda de acordo com as suas crenças e valores culturais, incentivando a partilha e a procura de grupos de apoio ou realização de algum ritual de resignificação (em especial nas situações aborto tardio).

Em situações em que havia suspeita de TP fase latente/fase ativa realizei o exame vaginal [para avaliar: a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico - se bolsa de águas rota(BAR)].

Duas das situações mais impactantes, por mim vivenciadas no SUOG foram:

- a vigilância do bem-estar materno fetal de uma grávida com IG:34s, admitida por quadro de hemorragia, com história de internamento recente no serviço de medicina materno fetal, por placenta prévia parcial. Neste episódio de urgência, a grávida entrou de rompante na sala de triagem, apresentando-se ansiosa e lábil, pelo medo de perda fetal. Foi imediatamente efetuada ABCF e vigilância das perdas hemáticas, que no momento da observação eram escassas, sendo-lhe atribuída a cor laranja. Ao longo do acompanhamento da

grávida/casal, disponibilizei escuta ativa e apoio emocional, acompanhando-a ao longo de todo o circuito na urgência até ao momento da alta, uma vez que ambos exames analíticos e ecográficos se encontravam dentro dos parâmetros normais;

- o acompanhamento de uma puérpera, que recorreu ao SUOG 12 dias após o parto, por deiscência completa da episiorrafia, com programação de ida ao bloco para sutura. No acompanhamento a esta mulher houve o cuidado de possibilitar a vinda do RN, para promover a amamentação e o envolvimento do pai nos cuidados ao mesmo, favorecendo a vinculação da tríade.

Em todos os momentos foi dada especial importância à realização de uma adequada educação para a saúde de acordo com as necessidades de cada mulher no sentido de promover estilos de vida saudáveis, acerca dos seguintes temas: métodos contraceptivos (vantagens e desvantagens, modo de administração), vigilância periódica, alimentação na gravidez, alívio de desconfortos da gravidez, sinais e sintomas de alerta – na gravidez, prevenção de infeção, exames pré-natais (ecografias, análises laboratoriais), CPNP, recursos da comunidade, legislação em diferentes contextos (IVG e gravidez) e amamentação.

Tanto nas situações de internamento (para observação no SUOG, BP, BO ou serviço de ginecologia) como nas situações de alta elaborei registos de enfermagem adequados garantindo a continuidade dos cuidados nos diversos suportes informáticos e no BSG/BPF.

Outro aspeto que considero importante referir, prende-se com a multiculturalidade, aspeto que já tinha vivenciado em contexto de cuidados de saúde primários. A diversidade cultural das mulheres/famílias que recorrem ao SUOG com necessidades de cuidados é enorme. Por vezes o idioma pode constituir-se como barreira à comunicação, e apresentar-se como um desafio acrescido à correta triagem, sendo necessário a presença de família/amigos para ultrapassar as barreiras linguísticas e promover a prestação de cuidados culturalmente congruentes. Ainda assim importa salvaguardar sempre o direito à confidencialidade e autonomia da mulher na decisão de estar acompanhada, sendo que se a mesma deseja estar sozinha se deverão encontrar estratégias alternativas como recorrer à linha telefónica de apoio à tradução.

Considero ainda, que consegui desenvolver a percepção e capacidade para a deteção de situações de risco, urgentes/emergentes, que me permitam uma atuação rápida e eficaz, que me permitiu desenvolver as competências específicas do EEESMOG (alguns itens das unidades de competência H2, H.3, H4, H.5 e H6), as competências essenciais para a prática do EEESMO do ICM (alguns itens das competências 2,3,4,5 e 7) e cumprir o 1 objetivo do ECER.

### **3.2. O cuidar de enfermagem especializado à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e período neonatal, no bloco de partos**

Durante o ECER tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a 82 parturientes e conviventes significativos, em diferentes estádios do TP, monitorizando o bem-estar materno-fetal e identificando desvios ao padrão normal na progressão do TP, numa perspetiva de cuidar holístico, com o objetivo de promover o conforto.

De acordo com a OE (2015), o escopo de atuação do EEESMO é a promoção do parto normal (de acordo de parto normal da WHO, 2009), com maior incidência no parto natural. Desta forma se compreende que a atuação do especialista se centra no atendimento à normalidade, na consistência das intervenções, na continuidade de cuidados e no estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher. Assim sendo, e de acordo com o regulamento de competências da especialidade, o enfermeiro obstetra assume, no decorrer do TP, um papel chave na prestação de cuidados especializados à parturiente e família "(...) efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina" (OE,2010, p.5).

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), estão estipulados 4 estádios do TP. O primeiro estágio do TP inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo atinge a dilatação completa. O segundo estágio decorre desde que a dilatação completa até ao nascimento. O terceiro estágio decorre desde o nascimento até a expulsão da placenta. O quarto estágio inclui o puerpério imediato (2 horas após o parto).



Relativamente ao **1º estágio** do TP, prestei cuidados a 82 parturientes e respetivas famílias. Realizei o acolhimento à parturiente/casal/convivente significativo, incluindo a minha apresentação como estudante do CMESMO, no sentido de obter o consentimento das clientes para a prestação de cuidados, privilegiando o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, que favorecesse a verbalização de suas dúvidas, receios e escolhas.

Fui aceite e recebida por 80 casais, sendo que dois casais manifestaram algum receio inicial, sendo-lhes possibilitada a autonomia na decisão de os acompanhar, uma vez que estes estavam a ser igualmente cuidados pela OL, tendo em ambos os casos, após observação da prestação de cuidados especializados a outras parturientes autorizado o meu acompanhamento. Um destes casais viria a ser um casal pelo qual permaneci até um pouco além do meu turno, com autorização da OL., para realizar o parto, tendo-se revelado uma das experiências mais gratificantes de todo o EC.

Durante a minha prestação de cuidados promovi sempre a privacidade e um ambiente tranquilo, através da utilização dos estímulos sensoriais e de medidas não farmacológicas para o alívio de desconfortos, assim como, a explicação à parturiente/família de todos os procedimentos efetuados e da progressão do TP, encarando a mulher como centro do seu TP.

No sentido de poder conhecer e acompanhar cada parturiente/casal/convivente significativo, consultei: o BSG, o processo de enfermagem e exames complementares de diagnóstico, após os quais efetuei uma avaliação inicial completa, inteirando-me das necessidades e expectativas. Embora apenas duas parturientes trouxessem um plano de parto formalmente redigido, muitas tinham idealizado algumas particularidades que gostariam de ver satisfeitas no TP, tendo sido promovida a informação e esclarecimento de dúvidas sobre as suas preferências com o objetivo de centrar a prestação de cuidados na cliente e capacitar a mulher para o TP.

As 82 parturientes que acompanhei, apresentaram uma distribuição etária entre os [19, 43], com uma média de idades de 28,2 (anos), maioritariamente mães pela primeira vez (48,8% primíparas/13,4% nulíparas/37,8% múltíparas), com uma IG média 39s + 6d. Apesar de ter acompanhado maioritariamente casais (cerca de 85% da população casada ou em união de fato), dos quais apenas 1 casal frequentou o CPNP e 2 trouxeram plano de parto.

Durante o ECER pude a prestar cuidados de enfermagem especializados a parturientes com patologia associada, nomeadamente diabetes gestacional, asma, hipotireoidismo, HTA induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, oligoâmnios, hidrâmnios mas também a alguns casais com gestações de procriação medicamente assistida.

Efetuei as manobras de Leopold em todas as parturientes que acompanhei, no sentido de perceber a apresentação, a posição e atitude fetal. Vigiei o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos sinais vitais maternos, da ABCF, da realização de CTG e interpretação do traçado cardiotocográfico para avaliar a frequência cardíaca fetal, a variabilidade fetal e contratilidade uterina despistando desvios da normalidade, encaminhando as todas as situações de CTG não tranquilizador para a equipa médica. Monitorizei a evolução do TP através do toque vaginal para monitorização e interpretação da cervicometria, avaliação das características do líquido amniótico em caso de BAR, tentando determinar, sempre que possível a variedade, a atitude da apresentação e o plano de apresentação. Numa fase inicial tive dificuldades nesta avaliação, nomeadamente na avaliação da dilatação e variedade fetal, que ao longo do ER fui adquirindo autonomia.

Ainda relativamente a avaliação da vaginal, houve sempre a preocupação de limitar o número de toques vaginais realizado, quer pela predisposição ao risco de infeção [em especial se bolsa de águas rota (BAR)], quer pelo cumprimento do desejo da parturiente, uma vez que este procedimento é encarado pela mulher como desconfortável, pela dor e invasão de privacidade (APEO & FAME, 2009).

Efetuei registo das avaliações efetuadas no partograma, avaliando a progressão do trabalho de parto, no sentido de identificar precocemente alterações na progressão do TP e implementar medidas corretivas para a progressão, nomeadamente iniciar ocitocina (uma vez que neste serviço existe um protocolo de conduta ativa do TP) ou efetuar uma amniotomia/prevenir complicações, realizando a referenciação para outros profissionais de saúde quando a situação se encontra para além da área de atuação do EESMOG. Algumas das situações que necessitaram de referenciação à equipa médica foram: febre intraparto, presença de rutura espontânea da bolsa de águas (REBA) com líquido amniótico tinto mecónio (LTM), CTG não tranquilizador ou paragem na progressão do trabalho de parto.

Ao longo do ECER realizei 7 amniotomias a parturientes, com diferentes objetivos, nomeadamente acelerar o TP, apoiar a descida da apresentação fetal e despistar

alterações da vigilância do bem-estar materno fetal, verificando em três situações a presença de LTM. De acordo com Souza & Amorim (2008), a amniotomia é considerada um método complementar de diagnóstico do bem-estar materno fetal, que devido às associações entre as características do LA e os resultados adversos, está indicada quando temos um CTG categoria II, como teste para identificar os fetos de maior risco. Tive ainda oportunidade de realizar 2 âmnio-infusões e colocar 4 monitorizações internas, duas com apoio da OL e duas de forma autónoma. Uma vez que este é um procedimento invasivo, o mesmo deverá ser realizado em situações em que é necessário um maior rigor na avaliação de FCF e quando FCF fetal obtida através da monitorização externa não é tranquilizadora ou falível.

A duração do 1º estágio do TP varia bastante, podendo prolongar-se no tempo, sobretudo em internamentos em fase latente (quer em situação de início de trabalho de parto espontâneo, quer nas situações de indução TP). Apesar dos conhecimentos que a parturiente/casal/convivente significativo possuam, é no decorrer do TP, que frequentemente surgem dúvidas e a necessidade de intervenção para alívio da dor/desconfortos, sendo esta uma área de intervenção privilegiada do EEESMO.

Na âmbito da promoção do parto normal, tentei evitar procedimentos rotineiros, prestando cuidados centrados na cliente, incentivando a liberdade de movimentos/posições, promovendo a ingestão de líquidos cristalinos (água, chá, sumos sem polpa e gelatina), incentivando hábitos de eliminação (uma vez que a presença de globo vesical pode inibir a descida da apresentação e influenciar a monitorização do CTG), colaborando na adoção de estratégias não farmacológicas (massagem, duche, aromaterapia, uso da música, redução da luminosidade, bola de nascimento...) e farmacológicas (epidural, petidina, livopan...) para o alívio da dor/desconfortos de acordo com as suas preferências, no sentido de promover o conforto e a progressão do TP. Estas práticas encontram-se de acordo com as recomendações do projeto maternidade com qualidade da (OE, 2013), e das entidades nacionais/ internacionais para a promoção do parto normal, abordadas no subcapítulo 1.2.

Promovi também, a presença e o envolvimento do companheiro/convivente significativo no TP, através do ensino/orientação da sua participação no TP, no sentido de promover a transição para a parentalidade/vinculação precoce, e fazer cumprir a Lei n.º 15/2014 de 21 de março, sobre o acompanhamento da mulher grávida durante o TP.

Durante o **2º estágio** foi mantida a monitorização cardiotocográfica e realizado o exame vaginal, no sentido de validar a dilatação completa, o apagamento do colo uterino, a variedade fetal e a descida da apresentação.

Segundo a OE o EESMOG tem competência para “aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica.” (OE, 2010, p.5). Desta forma, ao longo do ECER, assisti 42 partos eutócicos de apresentação cefálica, executando a técnica adequada, e participei em 13 partos distócicos (1 fórceps, 7 ventosas e 5 cesarianas - 2 com critério de urgência), dos quais tinha realizado o acompanhamento do respetivo TP. Foi também possível a realização de um parto de um RNPT, IG 35s+3d, com consentimento da equipe médica, que decorreu sem intercorrências.

Tentei, sempre que possível, assistir ao parto das mulheres que acompanhei no TP, sendo que em 7 ocasiões, assisti a mulher apenas a partir do 2º estágio (vinda do SUOG, do serviço de medicina materno fetal ou do turno anterior).

Aquando da dilatação completa, incentivei as parturientes a adotar a posição que haviam selecionado/sugeri a adoção de diferentes posições no parto (quando existiram dificuldades na descida da apresentação) e para a realização dos esforços expulsivos, uma vez que, de acordo com (Lowdermilk & Perry, 2008, p.456), “a mulher pode querer assumir várias posições para o nascimento, e deve ser encorajada e assistida para se posicionar e manter na posição ou posições que escolheu”.

No início do EC realizei cerca de (4) partos na posição litotomia, sendo que todos os restantes foram realizados em posição de: litotomia modificada (16), sentada na cama (18), sentada no banco de partos (1), em posição lateralizada (2) e de gatas (1).

O sinal mais frequentemente apresentado pelas parturientes de que a dilatação estava completa, foi a verbalização da necessidade de fazer força (reflexo de *Ferguson*) e o aumento da pressão no períneo.

Durante o período expulsivo mantive uma postura atenta e tranquilizadora, reconhecendo o potencial da parturiente, reforçando positivamente o empenho.

Privilegiei o decorrer fisiológico do parto, aguardando esforços expulsivos espontâneos (OE & APEO, 2012), contudo, por vezes, foi necessário ser mais diretiva orientando a mulher na respiração, no sentido de ajudá-la a recuperar o autocontrolo, envolvendo também o acompanhante neste apoio, ou por necessidade de abreviar o período expulsivo por suspeita de sofrimento fetal.

Tive igualmente o cuidado de efetuar a proteção da musculatura perineal, sempre que a zona perineal estava acessível pela posição do parto, permitindo uma extensão controlada da cabeça fetal através da Manobra de *Ritgen* Modificada. Foi também realizada a aplicação de calor húmido local em alguns partos, sendo esta intervenção referida como promotora de conforto pela mulher, reforçando na prática o encontrado na evidência (Marchall & Raynor, 2014).

Relativamente ao trauma perineal, e através destas abordagens, realizei 11 partos com períneo intacto, 19 com lacerações de 1º grau, 8 com lacerações de 2º grau, sendo que em 4 dos partos realizados, houve necessidade de efetuar uma episiotomia médio-lateral para abreviar o período expulsivo por razões fetais, nomeadamente numa situação de distócia de ombros e em três por suspeita de sofrimento fetal.

Nos 6 partos em que verifiquei a existência de circular cervical, procedi à clampagem do cordão umbilical e corte em duas situações de circular apertada, sendo possível a remoção de circular larga nas restantes situações.

Após o nascimento, foi efetuada a avaliação da estabilidade do RN na adaptação à vida extrauterina através da utilização do índice de APGAR, sendo que, sempre que sempre que o RN apresentasse APGAR  $\geq 8$  no 1º minuto, o que ocorreu em todos os partos, foi promovido o contato pele a pele.

Foi incentivado o contacto pele-a-pele por um período mínimo de 1 hora, respeitando o desejo materno. Este contacto precoce reveste-se de um conjunto de benefícios para a díade/tríade, nomeadamente, melhoria da termorregulação e da estabilidade cardiorrespiratória, redução do choro, a colonização do microbioma do RN pelo contacto com a pele materna e do aleitamento materno (AM), mas também ao nível da vinculação, uma vez que após o parto o RN se encontra frequentemente num estado de alerta vigil, cumprindo as recomendações da WHO (2014).

Sempre que possível, foi promovida o clampeamento tardio do cordão umbilical (1 a 3 minutos após o nascimento) e o seu corte pela mulher/convivente significativo, se os mesmo o desejassem, uma vez que é a prática possibilita a passagem do sangue passa da placenta para o bebé, aumentando o volume e fluxo de sangue para os órgãos importantes, contribuindo assim para a redução o aumento dos níveis de hemoglobina e ferro no RN (WHO, 2014).

No **3º estágio**, realizei, sempre que existiu indicação, colheita de sangue do cordão umbilical, para determinação de grupo sanguíneo (despiste de incompatibilidade ABO e do fator Rh), para avaliação do pH (avaliação do bem-estar fetal) e colheita para células estaminais para criopreservação (1).

Nesta fase o que se pretende é a saída natural e completa da placenta e membranas (dequitação), tendo sido pesquisados os sinais de descolamento da placenta nomeadamente: contração uterina, alterações no tamanho e posição do útero, o afluxo de sangue á vulva, descida do cordão ou aumento aparente do mesmo e desconforto materno, de acordo com (Graça, 2010).

Existem ainda algumas controvérsias relativamente à condução deste estágio, podendo ser ativa, com recurso a ocitocina e/ou exercendo uma tração controlada do cordão umbilical, ou assumindo uma atitude expectante, respeitando a fisiologia do TP. Uma vez que o local em que realizei o EC é promotor da fisiologia do nascimento, foi possível atuar de acordo com ambas as condutas, quer controlando ativamente o descolamento e expulsão placentar, quer adotando uma atitude expectante. Após a dequitação procedi à observação da placenta e membranas no sentido de avaliar a sua integridade.

Em todos os partos que assisti a dequitação foi natural e aparentemente completa (avalei a integridade da placenta e membranas no sentido de despistar a retenção placentar), verificando-se mais frequentemente a expulsão placentar através do mecanismo de *Schultze*, comparativamente ao mecanismo de *Duncan*. Apenas num dos partos por ventosas, houve suspeita de membranas fragmentadas, tendo sido efetuada revisão digital com posterior controlo ecográfico por parte do médico. Após a dequitação, pesquisei o globo de segurança de pinard e as perdas sanguíneas, tendo efetuado a administração de terapêutica profilática uterotónica (ocitocina), em todos os partos que assisti, fazendo cumprir o protocolo de serviço após a dequitação e as recomendações da evidência científica (Marchall & Raynor, 2014).

Procedi à avaliação perineal, tendo realizado 29 episiorrafias/ perineorrafias, ao longo de todo o EC. De acordo com (Lowdermilk & Perry, 2008), a reparação imediata promove a cicatrização, limita a lesão residual e diminui a possibilidade de infeção, devendo ser efetuada sempre que exista sangramento local da laceração. Esta foi sem dúvida a competência instrumental que mais desafios me trouxe ao longo de todo o EC, quer pela dificuldade na execução desta técnica, mas também na identificação

dos tecidos lacerados. Considero que melhorei substancialmente na destreza da prática de sutura, graças ao apoio e incentivo da OL, contudo, ainda sinto necessidade de aperfeiçoar esta técnica/unidade de competência H3.3.4 (OE,2010, p.5).

O **4º estágio do TP**, período de aproximadamente 2 horas de vigilância da puérpera e da adaptação do RN à vida extrauterina, corresponde ao puerpério imediato. Esta é uma fase de recuperação física mulher/RN, pelo que é essencial a manutenção de um ambiente tranquilo, privilegiando-se o conforto, a privacidade e a harmonia neste momento tão especial para o casal/família. No sentido de dar continuidade aos cuidados prestados, e manutenção da relação de confiança desenvolvida no TP e parto, prestei cuidados de enfermagem especializados à grande maioria das mulheres a que conduzi TP e realizei o parto. Numa fase inicial foi disponibilizada hidratação e alimentação leve à puérpera, sendo este período reservado à observação do RN no berçário para prestação dos cuidados imediatos, local onde realizei o exame objetivo do RN e funcionamento do sistema nervoso, através da pesquisa dos reflexos do RN (pontos cardeais, glabella, preensão palmar/plantar, Babinski Moro, reflexo de sucção/deglutição). Avaliei também o peso, procedi à administração da vitamina K (prevenção da hemorragia no RN) e administração de cloranfenicol colírio (profilaxia de infecção ocular).

Promovi o alojamento conjunto (mãe/bebé), favorecendo a vinculação. Sempre que a puérpera desejasse, o que ocorreu em todas as mulheres que acompanhei, foi promovido o AM, que em alguns partos ocorreu durante a reparação perineal.

A apreciação geral e obstétrica da puérpera, duas horas após o parto, assume particular relevância neste estágio, no despiste de complicações (nomeadamente: hemorragia, instabilidade hemodinâmica, alterações de eliminação vesical, trombose venosa profunda), sendo imprescindível uma exigente observação cefalo-caudal que contemple a avaliação da pele/mucosas, mamas/mamilos, involução uterina, lóquios, períneo, episiorrafia/perineorrafia, membros inferiores e ainda a estabilidade hemodinâmica, a eliminação vesical e o controlo da dor, no sentido de despistar complicações/identificar necessidades de intervenção na prestação de cuidados.

O registo escrito e transmissão oral da informação relativamente aos cuidados prestados ao longo dos vários estágios do TP, em suporte informático e em papel (partograma/BSG/maternidade com qualidade), assumem um elemento essencial do

cuidar e da prática reflexiva, possibilitando a continuidade de cuidados e salvaguardando a prática de cuidados ao nível legal.

A manutenção de um estudo contínuo e reflexão (prática reflexiva), mas também a redação do RE, possibilitaram-me efetuar uma análise crítica das aprendizagens efetuadas e das competências desenvolvidas aos níveis instrumentais, interpessoais e sistêmicas, de acordo com os descritores de Dublin (2005), uma vez que pude: aprofundar conhecimentos apreendidos, desenvolver competências e implementar um projeto com ganhos para a prática de cuidados; aplicar novos conhecimentos na resolução de situações novas em contextos multidisciplinares (apoio em situações de distância); refletir sobre a tomada de decisão/prestação de cuidados – sentido crítico.

No BP pude desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal, com vista à promoção da saúde e do bem estar materno fetal, da adaptação do RN à vida extrauterina e da transição para a parentalidade, que me permitiram: o desenvolvimento das competências específicas do EEESMOG (nomeadamente vários itens das unidades de competência H.3 e H4); das competências essenciais para a prática do EEESMO do ICM (nomeadamente das competências 1,4,5,6); de todos os itens dos PQCESMOG (OE,2011); das competências referentes à qualificação profissional de *Midwife*, conforme legislada ao abrigo da Diretiva nº 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e Conselho; e do 2 objetivo do ECER.

Ao longo de todo o EC tive a preocupação de utilizar o pensamento crítico, a melhor evidência científica e a prática de cuidados no sentido de desenvolver uma prestação de cuidados de enfermagem especializados que valorizasse a proteção e a segurança da pessoa (mulher/RN/ casal/convivente significativo) e promovesse uma prática reflexiva facilitadora da constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Considero que a implementação do projeto de estágio vai de encontro ao projeto “Maternidade com Qualidade” deste BP, sendo uma mais valia para as parturientes, mas também para os profissionais, que demonstraram receptividade em manter e adotar os pressupostos do mesmo.

A escrita do RE possibilitou-me refletir sobre o percurso de aprendizagem realizado, percecionando-o como um processo dinâmico de autonomia crescente que me permitiu desenvolver uma progressiva autonomia na tomada de decisão, valorizando a proteção da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados.



#### **4. LIMITAÇÕES**

A necessidade de responder às exigências do CMESMO em termos do cumprimento dos mínimos exigidos para obtenção do título de especialista, como a realização dos 40 partos eutócicos, fez com que a minha aprendizagem estivesse maioritariamente focada na mulher em trabalho de parto, o que em alguns momentos foi motivo de ansiedade, uma vez que muitas foram as ocasiões em que as mulheres que acompanhei se encontravam em fase ativa do trabalho de parto, no término do turno. Em algumas ocasiões, houve oportunidade de solicitar à orientadora (quando a mesma tinha jornada contínua MT/TN) ficar um pouco mais a acompanhar aquele casal, sendo possível a realização do parto, contudo a necessidade de articular horários laborais com o contexto de estágio, nem sempre permitiu esta vivência.

Ainda assim, considero que todo o acompanhamento da mulher/casal/convivente significativo ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto, nomeadamente nas situações de fase latente do trabalho de parto me possibilitou uma intervenção ativa na capacitação do casal para a tomada de decisão, mas também na avaliação da progressão do trabalho de parto, bastante positiva.

O fato de ter completado os 40 partos a cerca de duas semanas do término do estágio, poderá ter limitando parcialmente a minha disponibilidade para aproveitar outras oportunidades de aprendizagem igualmente importantes, nomeadamente a disponibilidade para realizar mais turnos ao nível do SUOG e o acompanhamento de algumas grávidas com patologia na gravidez.

O cumprimento da carga horária proposta para o ER foi um dos grandes desafios, uma vez que é frequente os enfermeiros do BP fazerem jornada contínua e nós, enquanto alunos, não o podermos fazer, pois condicionou a conjugação do horário laboral com o estudantil. Também o cansaço acumulado face à necessidade de manter um estudo permanente para o desenvolvimento das competências de especialista e mestre em ESMO, foi por mim sentido como a maior limitação ao longo do estágio.

## 5. CONCLUSÃO

Redigir o presente RE, possibilitou-me mobilizar os conhecimentos apreendidos ao longo dos diversos EC/prestação de cuidados de enfermagem especializados realizada no presente EC, com base na melhor evidência disponível, e desta forma refletir, sobre o desenvolvimento das competências comuns/específicas do EEESMO e mestre em enfermagem realizado no ECER.

A riqueza das experiências vivenciadas durante o ECER, a par com a disponibilidade e paciência das OL, foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e sócio profissional enquanto enfermeira e futura EESMO, uma vez que me permitiram uma reestruturação da minha identidade profissional. Poder acompanhar a experiência de parto e o nascimento de um novo ser é um evento único e irrepetível para todos os intervenientes nele envolvidos, – mulher/casal/convivente significativo, mas também para os próprios profissionais – pela dimensão emocional e espiritual, a este inerente.

Ao longo do presente EC pude desenvolver competências nas áreas da prestação de cuidados à mulher/RN/família durante os diferentes estádios do trabalho de parto e período neonatal (no âmbito da transição para a parentalidade), mas também em situações de saúde/doença (obstétrica/ginecológica), tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família, que me permitiram atuar de forma responsável e competente na resolução de problemas perante situações novas, em contextos multidisciplinares, adquirindo assim uma crescente autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados congruentes e culturalmente sensíveis.

Ter desenvolvido o ECER numa maternidade com uma filosofia promotora do parto normal foi uma mais valia, quer ao nível da riqueza da aprendizagem na utilização de intervenções autónomas do EEESMO promotoras de conforto no TP/parto, mas também pela recetividade da equipa em dar continuidade ao projeto implementado.

A utilização dos estímulos sensoriais no TP/parto, foi descrita pelas (28) parturientes como uma mais valia e um contributo positivo para a vivência do TP/parto, mas também como elementos essenciais na promoção do conforto e ambiente tranquilo.

Ao finalizar este RE considero que consegui desenvolver as competências comuns/específicas de especialista e mestre em enfermagem necessárias à prática profissional do EEESMO, e cumprir globalmente os objetivos do projeto e da UCER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia das Ciências de Lisboa - Instituto de Lexicologia e Lexicografia (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.
- ACNM, MANA & NACPM (2013) Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement. Acedido em 22-6-2016, Disponível em: <http://midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000272/Physiological%20Birth%20Consensus%20Statement-%20FINAL%20May%2018%202012%20FINAL.pdf>
- Amorim, M. R., Souza, A. R. (2008). Avaliação da Vitalidade Fetal Intraparto. *Ata Médica Portuguesa*. 21, 229-249
- APEO & FAME (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- APEO & OE (2012). Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada. Lisboa: OE. Acedido em em 22-6-2016, Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro\\_parto\\_normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf)
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II Série n.º9 (3). 61-67.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição, Quarteto Editora: Coimbra, ISBN: 978-9895-580-521
- Boyce, P.; Hunter, C.; Howlett, O. (2003). *The benefits of daylight through windows*. Troy, NY: Rensselaer Polytechnic Institute.
- Buckley, S. (2015). *Access Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, Acedido em 16-04-2016, através de: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CC.NPWF.HPoC.Report.2015.pdf>
- Buckle, J.; Ryan, K.; Chin, B. (2014). Clinical Aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum. *International Journal of Childbirth Education*. 29 (4),21-27.

- Burns, E. ; Blamey, C.;Ersser, S. J.; Barnetson, L. ; Llyod, A. J. (2000). An Investigation into the use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practise. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 6(2). 141-147.
- Burns, E.; Zobbi, V.; Oskrochi, R.; Regalia, A.; (2007). Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 114, 838-844.
- Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência
- Correia, M. (2009) A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar em Enfermagem*, V.13, n. °2, 30-36.
- Davies, D.; Homer, C. (2016). Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives?. *Women and Birth*, 516.
- Dijkstra, K.; Pieterse, M.; Pruyn, A. (2006). *Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review*. The Authors: Journal Compilation. Blackwell Publishing Ltd.
- ESEL(2014). Regulamento de Mestrado. Acedido em 13-07-17, Disponível em: [http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg\\_mest\\_02\\_2014.pdf](http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf)
- ESEL(2016). Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 7ºCMESMO. 8.
- Fahy, K. ;Parrat, J. (2004). Creating a 'safe' place for birth: an empirically grounded theory. *New Zealand College of Midwives Journal*. 30, 11-14.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2006). Iniciativa Parto Normal: Guía Madres & Padres. Acedido em: 22 -06-2016, Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/rs/896/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/949/filename/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
- Godfrey, Christina M.; Khalil, Hanan; McInerney, Patricia; Parker, Deborah; Peters, Micah S. J. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers 'Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews. *The Joanna Brigs Institute*, Australia. 24.

- Godfrey, Christina M.; Harrisson, Margaret B. (2015). Can-Synthesise© @JBI - Queen's Joanna Briggs Collaboration: A pan – Canadian collaboration for synthesis of evidence in Patient Safety Queen's Joanna Briggs Collaboration, *The Joanna Brigs Institute* 4, 1-22.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno Fetal*, 4ª Edição, Lisboa: Edições Lidel, 776p.
- Gutteridge, Kathryn. (2014). The multisensory approach to birth and aromatherapy. *The Practicing Midwife*. (5), 1-4p.
- Handlin, L.; Petersson, M.; Uvnäs-Moberg, K. (2015). Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01529
- Harper, B. (2005). *Gentle Birth Choices*. Inner Traditions Bear and Company, 256p.
- Harris P.B., McBride G., Ross C. & Curtis L. (2002) A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1276–1299.
- Hauck, Y.; Rivers, C. (2008). Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery*, 24, 260-270.
- Hodnett, ED.; Downe, S.; Edwards, N.; Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012 (8), 1-34.
- International Confederation of Midwives (2008). Keeping birth normal International Confederation of Midwives. Acedido em 14/04/2016. Disponível em: <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/definition/pdf/shoshin/f-17.pdf>.
- International Confederation of Midwives (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. Acedido a 14-03-2016, através de: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S. (2014). *Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design* - Queensland Centre for Mothers & Babies, The

- University of Queensland, acessado a 14-03-2016, através de:  
[https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451\\_fulltext.pdf](https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451_fulltext.pdf)
- Joseph, A. (2006). The Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings. Issue Paper #2, The Center for Health Design. Acessado em: 22-06-2016, Disponível em: [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/CHD\\_Issue\\_Paper2.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/CHD_Issue_Paper2.pdf)
- Lancioni GE, Cuvo AJ and O'Reilly MF (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation*, 24(4), 175-184.
- Lei nº 9/2009. Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de Março de 2009
- Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, Loures, Lusodidata.
- Luo, T.; Huang, M.; Xia, H.; Zeng, Y. (2014). Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. *Open Journal of Nursing*, 4, 163-168.
- Many, E., Guimarães, S. (2006). *Como abordar... a metodologia de trabalho de projeto*. Porto: Areal Editores.
- Marshall, J.; Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for midwives*. 16 Edition, London: Elsevier.
- Maslow, A. H. (2015). *A Theory of Human Motivation (Rediscovered Books)*. Wilder Publication, Inc.
- Morse, J. M. (1983). An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation. *Nursing Papers*. Vol. 15 (nº 1). 6-20.
- Newburn, Mary, Singh, Debbie (2006). Feathering the nest: what women want from the birth environment. *MIDWIVES*, 9 (7), 266-269.
- Nacional Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum Care for healthy women and babies – A Clinical Guideline. NICE. Acessado em 15-04-16,

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>

Néné, M.; Marques, R.; Batista, M A.(2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa:LIDEL. 520.

Nursing and Midwifery Council (2015). The Code: Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. Acedido em 22-06-16, Disponível em: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>

Odent, Michel (2001). *Scientification of Love*. London

Olcese,J.; Sharkey, J.; Roopashri Puttaramu, R. ; Word, A. (2009). Melatonin Synergizes with Oxytocin to Enhance Contractility of Human Myometrial Smooth Muscle Cells. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 94(2). 421– 427.

Oliveira, F. L. C.; Kakehashi, T. Y.; Tsunemi, M. H.; Pinheiro, E.M. (2011). Nível de Ruído em Sala de Parto. *Contexto de Enfermagem de Florianópolis*, 20 (2), 287-293.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos. Acedido em 16-06-2017, Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Edição da Ordem dos Enfermeiros. 187.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* Acedido em: 05-04-2016, Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Acedido a 8-3-2016, através de:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido em: 06/03/2014. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Acedido em 6-3-2016, Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)

Paterson, J.G.; Zderad, L.T. (1988) *Humanistic nursing*. 2 Edition, New York: National League for Nursing.

Peters, K.L. (1999). Infant handling in the NICU: does developmental care make a difference? An evaluation review of the literature. *Journal of Perinat Neonatal Nursing* 1999;13(3), 83-109.

Posner, G.D.; Dy, J.; Black, A.Y.; Jones, G. (2013). *Oxorn-Foote: Human Labour&Birth*. 6 Edition. Mc Graw Hill Education. 782p.

Price, S.; Price, L. (2012). *Aromatherapy for Health Professionals*. 4º Edition. Churchill Livingstone. 396p.

Katz, B. (2012). New Focus on Family-Centered Maternity Care. *International Journal of Childbirth Education*, 27 (3), 99-102.

Kaviani, Maasumeh, Azima, S.; Alavi, N.; Tabaei, M. H. (2014). The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*, Vol.22(2), 125-128

Kolcaba, K. (1991) - A taxonomic structure for the concept comfort. *Image*. Vol.23 (nº 4), 237-240.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19 (nº 6). 1178-1184.

Kolcaba, K. (1995) - Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*. Vol. 13 (nº 2). 117-131.



- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York
- Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. Acedido em 03-05-2016: Disponível em: <http://thecomfortline.com>
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série. N.º.35 (11-02-18) 8648-8653.
- Regulamento N.º. 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica Diário da República II série. N.º.35 (11-02-18) 8662-8666.
- Sheehy, A.; Foureur, M.; Catling-Paul, C.; Homer, C. (2011) Examining the Content Validity of the Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool Within a Woman-Centered Framework, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56, 494-502.
- Stark, M.; Remyne, M.; Zwelling, E. (2016) Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN*, 45, 285-294.
- Simkin, P. (2013). *The Birth Partner: A Complete Guide to Childbirth for Dads, Doulas, and All Other Labor Companions*. Revised. 4th Edition. The Harvard Common Press.
- Taghizadeh, Z.; Mohammad, A.; K.; Alireza, A.; Irajpour Lopez, V. (2015) Iranian mother's perceptions of the impact of the environment on psychological birth trauma: a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice Iran*, 21 (Suplement 2), 48-66.
- The National Childbirth Trust (2005). Creating a Better Birth Environment. Acedido em: 16-03-16, disponível em: [https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related\\_documents/Are%20women%20getting%20the%20birth%20environment%20they%20need%20-BBE%20analysis%20%281%20June%2005%29\\_0.pdf](https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Are%20women%20getting%20the%20birth%20environment%20they%20need%20-BBE%20analysis%20%281%20June%2005%29_0.pdf)
- The Royal College of Obstetricians & Gynaecologists & The National Childbirth Trust (2007): Making normal birth a reality Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and

audit normal birth. Acedido em 22-07-06, Disponível em: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/normal\\_birth\\_consensus.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/normal_birth_consensus.pdf)

The Royal College of Midwives (2011). Position statement Complementary Therapies and Natural Remedies. Acedido em:22-06-16, Disponível em: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Complementary%20Therapies%20and%20Natural%20Remedies\\_3.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Complementary%20Therapies%20and%20Natural%20Remedies_3.pdf)

The Royal College of Midwives (2011). Campaign for Normal Birth. Acedido em:22-06-16, disponível em: <http://www.rcmnormalbirth.org.uk/ten-top-tips/>

The Royal College of Midwives (2012). Evidence Based Guideline for Midwifery- Led Care in Labour: Birth Environment. Acedido em:16-03-16, Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20Environment.pdf>

UNICEF (1991).The Baby- Friendly Hospital Initiative. Acedido em:16-03-16, disponível em: <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm#10>

Ulrich R.S. (1995). Effects of healthcare interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Innovations in Healthcare Design*. 88–104.

Ulrich, R. (2003). *Research on building design and patient outcomes. In Exploring the patient environment: An NHS Estates workshop*, London: The Stationery Office.

Ulrich, R.; Zimring, A.; Joseph, X.; Choudhary, R. (2004). *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity*. Concord, CA: The Center for Health Design.

Ulrich, R. (2007). Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings. Issue Paper #4, The Center for Health Design. Acedido em: 22-06-2016, Disponível em: <https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Sound%20Control.pdf>

van den Berg A. (2005). *Health Impacts of Healing Environments: A Review of the Benefits of Nature, Daylight, Fresh Air and Quiet in Healthcare Settings*. Foundation 200 years University Hospital Groningen, Groningen.

Walsh, D., (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. London: Routledge.196.

- Walsh, Denis (2012). Evidence and Skills for Normal Labour and Birth (2nd ed.). London, Routledge.
- Watson, J. (1988). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan.
- World Health Organization (1996). Safe motherhood, care in normal Birth: a practical guide. Geneva: WHO. Acedido em 22-06-2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- World Health Organization (2003). Guidelines for community noise page. Acedido em 22-06-2016. Disponível em: <http://www.who.int/docstore/peh/noise/Commnoise4.htm>
- World Health Organization (2007). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, Departement of Reproductive Health and Research, WHO.
- World Health Organization (2009). Preventing Prolonged Labour: a practical guide. Geneva, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO.
- World Health Organization (2014). Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Acedido em 22-06-2017. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice (3rd ed.). Geneva, Departement of Reproductive Health and Research, WHO.

## **APÊNDICES E ANEXOS**



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Vanda Sofia Rocha de Almeida natural de Lisboa nascida em 30/01/1982, com o N.º de Cartão de Cidadão 11704009 6ZZ6 válido até 03/12/2015, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de AROMATERAPIA I e II, em 06/07/2015, com a duração de 120:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
AROMATERAPIA I	60:00	18
AROMATERAPIA II	60:00	19
Nota Final		19

S. Mamede de Infesta, 07 de Agosto de 2015

**INSTITUTO PORTUGUÊS NATUROLOGIA**

Edifício Folque

Rua Filipe Folque, 40 2º andar

O(A) Responsável pelo(A) Sociedade Europeia de Medicinas Tradicionais, Lda.

Tel.: 215 161 021

www.ipnaturalogia.com

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 139/2015 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

## **APÊNDICE I**

**CRONOGRAMA** “ESTÍMULOS SENSORIAIS NO TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA PARA A PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TRANQUILO”

ANO	2016										2017						
MESES	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7/8/9
ESTRATÉGIAS																	
Orientação Tutorial		18/4	13/5		15/7							22/2	21/3		12/5		
Escolha do Tema																	
Pesquisa da Literatura																	
Apresentação Projeto			19/5														
Elaboração do Projeto																	
Entrega do Projeto					22/7												
Registo do Projeto												24/2					
Ensinos Clínicos				EC I			EC II /EC V	EC IV		EC III						Estágio com Relatório	
Reuniões/ Formação Peritos			17/5 A)	18/6 B)	7/10 C)	11/12 D)					24/26 E)						
Realização do Relatório de Estágio												20/24 F)		4/4 G)		18/19 E)	
Entrega do Relatório																	22/9

- A) Reunião com Dra. Tatiana Vidal Brito – Coordenadora do Curso de Aromaterapia do Instituto Português de Naturologia;  
 B) Formação com Isabel Loureiro sobre o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Aleitamento Materno – IBFAN;  
 C) Formação com Naoli Vinaver - “A Natureza do Nascer”  
 D) Formação com Bárbara Harper – “O Parto na Água “  
 E) Formação com Núria Vives – “Parir em Movimento”  
 F) Semana de Prática Simulada de Alta Fidelidade  
 G) Workshop sobre Musicoterapia no Trabalho de Parto

**Nome da discente:** Vanda Sofia Rocha de Almeida **Nº** 6655



## **APÊNDICE II**

## Descrição das Tarefas e Resultados Esperados

Resultados Esperados	Tarefas	Atividades	Ensino Clínico
Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre a utilização dos estímulos sensoriais (auditivo, visual e olfativo) no trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de <i>Scoping Review</i>;</li> <li>• Elaboração do projecto/ relatório do estágio com relatório (manter actualização do mesmo);</li> <li>• Elaborar pedido de patrocínio para obtenção de material de aromaterapia: <u>Pranaron® Portugal – aromaterapia científica</u> (apêndice II);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa da evidência científica relevante para o projeto/relatório nas bases de dados;</li> <li>• Reuniões de orientação com a orientadora do projeto;</li> <li>• Reunião (ões) com entidade formadora em aromaterapia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde o início da elaboração do projeto até à sua implementação.</li> </ul>
Aprofundar conhecimentos sobre a prestação de cuidados enfermagem especializados e culturalmente sensíveis à mulher/casal/convivente significativo inserido na família e comunidade, durante o período pré-natal, trabalho de parto e pós-parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de dossier de apoio ao estudo com documentação pertinente sobre a prestação de cuidados especializados à mulher/casal/convivente significativo inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, trabalho de parto e pós-parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa da evidência científica relevante nas bases de dados e autores de referência (sobre os cuidados à mulher/casal/convivente significativo inserida na família comunidade com especial atenção fisiologia do nascimento, adaptação do RN à vida extrauterina, ou quaisquer outros temas que surgirem como pertinentes ao longo do EC);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde o início do projeto de estágio com relatório até ao seu término.</li> </ul>

<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/convivente significativo inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, no sentido de otimizar o conforto e o bem-estar materno fetal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizar os conhecimentos na prática de cuidados e demonstrar capacidade de compreender e atuar de acordo com as necessidades identificadas.</li> <li>• Elaborar sessão de formação sobre a temática do projeto de estágio com relatório direcionada à mulher /casal/convivente significativo, a apresentar na preparação para o nascimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com as colegas da consulta de enfermagem de obstetrícia que realizam o curso de preparação para o nascimento e parentalidade no sentido de propor a apresentação do projeto.</li> <li>• Formação à mulher /casal/convivente significativo nas sessões de preparação para o nascimento sobre projeto de estágio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde o início do estágio com relatório até ao seu término.</li> </ul>
---	---	---	---

<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados e culturalmente sensíveis à mulher/casal/convivente significativo inserida na família e comunidade, congruentes com as suas necessidades, durante o trabalho de parto, promovendo um ambiente tranquilo, através do uso dos estímulos sensoriais, no sentido de otimizar a saúde e o conforto da parturiente, o bem-estar materno-fetal, a adaptação do RN à vida extrauterina e transição para a parentalidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizar os conhecimentos na prática de cuidados e demonstrar capacidade de compreender e atuar de acordo com as necessidades identificadas.</li> <li>• Elaborar guião para recolha dos dados do acompanhamento à mulher/casal/convivente significativo inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto,</li> <li>• Elaborar sessão de formação sobre o projeto de estágio com relatório para a equipa de enfermagem;</li> <li>• Elaborar folhetos sobre: a utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto/ a utilização da aromaterapia no trabalho de parto;</li> <li>• Elaboração de jornais de aprendizagem sobre as vivências do estágio.</li> <li>• Elaboração do relatório de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com a Sra. Sr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Chefe, orientadora do projeto e do contexto para apresentação do projeto de estágio;</li> <li>• Formação em serviço sobre o projeto de estágio;</li> <li>• Realização regular de reflexão e análise crítica das práticas/aprendizagem (prática reflexiva) em conjunto com a orientadora do estágio e docente orientadora.</li> <li>• Efetuar a colheita e o registo dos dados referente à prestação de cuidados (observação, entrevista de enfermagem, plano de cuidados enfermagem com diagnóstico das necessidades alteradas com base na teoria do conforto/ planeamento das intervenções/ avaliação dos resultados);</li> </ul>	
---	--	---	--

<p>Divulgar o projeto de estágio com relatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de artigo científico sobre a <i>scoping review</i>;</li> <li>• Elaboração da apresentação para a defesa do projeto de estágio;</li> <li>• Elaboração de poster sobre o projeto de estágio com relatório para as jornadas de Saúde Materna;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa da evidência científica;</li> <li>• Reuniões com orientadora do projeto/contexto de estágio;</li> <li>• Recolha, análise e organização dos dados recolhidos prestação de cuidados.</li> </ul>	<p>Desde o início do projeto de estágio com relatório até ao seu término.</p>
---	---	---	---

### **APÊNDICE III**

# 1. Estratégia de Pesquisa

## a) CINAHL Plus with Full Text

Número da Pesquisa	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	(MM) "women"	8140
S2	(MM) "female"	595
S3	"S1 or S2"	8734
S4	(MM) "labor"	1981
S5	"sensory stimuli"	175
S6	(MM) "sensory stimulation"	668
S7	"multisensory"	410
S8	"S5 or S6 or S7"	1253
S9	"S3" and S4 and S7"	7
S10	(MM) "olfactory perception"	13
S11	(MM) "aromatherapy"	994
S12	"S10 or 11"	1007
S13	"S3" and S4 and S12"	29
S14	(MM) "auditory perception"	1531
S15	(MM) "noise"	3120
S16	"S15 or S16"	4596
S17	"S3 and S4 and S16"	7
S18	(MM) "visual perception"	5422
S19	(MM) "light"	34808
S20	"S18 or S19"	40042
S21	"S3 and S4 and S20"	1

### Major concepts:

- **"women"**: Human females as cultural, psychological, sociological, political, and economic entities;
- **"female"**: Used to indicate the female gender as a study characteristic. Not used for major focus. WOMEN also available.
- **"labor"**: Process of delivery of a baby.
- **"sensory stimulation"**: Stimulation by touch, sound, sight, taste, or smell.
- **"aromatherapy"**: Therapeutic use of essential oils extracted from plants.
- **"olfactory perception"**

- ***“auditory perception”***: The process whereby auditory stimuli are selected, organized, and interpreted by the brain, utilizing the effect of experience and attitude along with the stimulation to attach meaning to the sound. Differentiate from HEARING which occurs in the ear.
- ***“noise”***
- ***“visual perception”***:

**Termos Naturais selecionados:**

- ***“sensory stimuli”***
- ***“multisensory”***



## b) MEDLINE Plus with Full Text

Número da Pesquisa	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	(MM) "women"	3972
S2	"female"	4199409
S3	"S1 or S2"	4199836
S4	(MM) "labor"	47504
S5	"sensory stimuli"	1839
S6	(MM) "sensory stimulation"	1464
S7	"multisensory"	3417
S8	"S5 or S6 or S7"	6556
S9	"S3" and S4 and S7"	12
S10	(MM) "olfactory perception"	1734
S11	(MM) "aromatherapy"	412
S12	"S10 or 11"	2142
S13	"S3" and S4 and S12"	19
S14	(MM) "auditory perception"	9187
S15	(MM) "noise"	4617
S16	"S15 or S16"	13493
S17	"S3 and S4 and S16"	12
S18	(MM) "visual perception"	21154
S19	(MM) "light"	386716
S20	"S18 or S19"	388507
S21	"S3 and S4 and S20"	0

### Major concepts:

- **"labor"**: The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix (CERVIX UTERI). Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED).
- **"women"**: Human females. Used for females as a major focus in discussion of health, behavior, social issues, etc. FEMALE also available;
- **"female"**: Used to indicate the female gender as a study characteristic. Not used for major focus. WOMEN also available.
- **"sensory stimulation"**:

- ***“olfactory perception”:***
- ***“aromatherapy”:***
- ***“auditory perception”***
- ***“visual perception”***

**Termos Naturais selecionados:**

- **“female”**
- **“sensory stimuli”**
- **“multisensory”**
- **“noise”**

## 2. Estudos Seleccionados

Nº Artigo	Título	Autores	Tipo de estudo Objetivo	Ano de Publicação /Local/Base de Dados
1	<i>Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth</i>	Stark, Mary Ann Remynse, Marche Zwelling, Elaine	Revisão da literatura sobre os ambientes de parto disponíveis nos países desenvolvidos com o objetivo de: descrever qual a influência do ambiente na fisiologia do trabalho de parto (com especial atenção ao apoio na gravidez de baixo risco).	2016 JOGNN EUA Medline
2	<i>Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design</i>	Jenkinson, Bec Josey, Natalie Kruske, Sue	Revisão da literatura/ <i>guideline</i> de recomendação sobre os diversos ambientes de parto revelando os aspetos que foram identificados como benéficos para a redução do stress da grávida, facilitadores da fisiologia do trabalho de parto/parto e promotores de um ambiente seguro e satisfatório.	2014 <i>Queensland Centre for Mothers &amp; Babies</i> <i>Australia</i> GOOGLE
3	<i>Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review</i>	Dijkstra, Karin Pieterse, Marcel Pruyn, Ad	Revisão sistemática da literatura com a finalidade de determinar os efeitos dos estímulos ambientais na prestação de cuidados e no bem-estar dos clientes.	2006 Journal of Advance Nursing Holanda Medline

4	<i>The multisensory approach to birth and aromatherapy</i>	Guttridge, Kathryn	Artigo de revisão da literatura com o objetivo de compreender o impacto do uso dos aromas/ aromaterapia e os seus benefícios do seu uso no ambiente de parto para a mulher e para as parteiras	2014 The Practising Midwife Reino Unido CINAHL
5	<i>Clinical Aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum</i>	Buckle, Jane Ryan, Kathy Chin, Karen B.	Revisão da literatura com o objetivo de compreender o potencial da utilização da aromaterapia clínica como uma ferramenta a integrar na prestação de cuidados na área da saúde materna.	2014 International Journal of Childbirth Education Reino Unido CINAHL/Medline
6	<i>Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials</i>	Luo, Taizhen Huang, Meiling Xia, Huaan Zeng, Yingchun	Meta análise realizada com base na pesquisa de cinco bases de dados, com o objetivo de tentar quantificar a eficácia do uso da aromaterapia no trabalho de parto.	2014 Jornal of Nursing China CINAHL/Medline
7	<i>Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial</i>	Burns, E. Zobbi, V. Panzeri, D. Oskrochi, R. Regalia, A.	Estudo de controlo randomizado sobre a utilização da aromaterapia no trabalho de parto como uma medida não farmacológica de prestação de cuidados com potencial para influenciar/melhorar o bem-estar materno, fetal/RN.	2007 Intrapartum care Italia CINAHL/Medline
8	<i>The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women</i>	Kaviani, Maasumeh Azima, Sara Alavi, Narges Hosseini, Mohammad	Estudo de controlo randomizado com o objetivo de determinar o efeito da utilização do óleo essencial de <i>lavanda augustifolia</i> na perceção da intensidade da dor no trabalho de parto de primíparas.	2014 British Journal of Midwifery Reino Unido CINAHL

9	<i>An investigation into the use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practise</i>	Burns, Ethel E. Blamey, Caroline Ersser, Steven J. Barnetson, Lin Lloyd, Andrew J.	Estudo retrospectivo de avaliação sobre a utilização aromaterapia na promoção do conforto no trabalho de parto e ferramenta para melhorar a qualidade dos cuidados especializados prestados.	2000 The Journal of Alternative and Complementary Medicine Reino Unido CINAHL/Medline
10	<i>The Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings</i>	Joseph, Anjali	Revisão da literatura com o objetivo de identificar quais os mecanismos nos quais a luz influencia a saúde e resposta do ser humano.	2006 The Center for Health Design EUA GOOGLE
11	<i>Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings</i>	Joseph, Anjali Ulrich, Roger	Revisão da literatura com o objetivo de examinar como os diferentes aspetos do som – o ruído, a fala e a música – influencia o cliente e os prestadores de cuidados, nos serviços de saúde, com foco nas estratégias para minimizar/reduzir o impacto do ruído.	2007 The Center for Health Design EUA GOOGLE
12	Nível de ruído em sala de parto	Campos Oliveira, F.L. Kakehashi, Tereza Y. Tsunemi, Miriam H. Pinheiro, Eliana M.	Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, realizado com o objetivo de identificar os níveis de pressão sonora/ as fontes de ruído na sala de partos e qual o seu impacto no trabalho de parto/parto.	2011 Contexto Enfermagem Brasil CINAHL

### 3. Avaliação Crítica dos Estudos

#### JBICritical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text (Appendix 6) – Estudo I

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Stark, M. A.; Remyense, M.; Zwelling, E.

**Year:** 2016

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	x		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	x		
5. Is the argument developed analytical?	x		
6. Is there reference to extant literature evidence and any incongruence with it logically defended?			x
7. Is the opinion supported by peers?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text  
(Appendix 6) – Estudo II**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S.

**Year:** 2014

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	x		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	x		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to extant literature evidence and any incongruence with it logically defended?			x
7. Is the opinion supported by peers?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews**  
**(Appendix 8) – Estudo III**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Dijkstra, Karin ; Pieterse, Marcel; Pruyn, Ad

**Year:** 2006

**Record Number:**

	Yes	No	Unclear
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	x		
2. Was the search strategy appropriate?	x		
3. Were the sources of studies adequate?	x		
4. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	x		
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	x		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	x		
7. Were there methods used to minimise error in data extraction?	X		
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	X		
9. Were the recommendations supported by the reported data?			X
10. Were the specific directives for new research appropriate?	X		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_



**JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text  
(Appendix 6) – Estudo IV**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Gutteridge, Kathryn

**Year:** 2014

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	x		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	x		
5. Is the argument developed analytical?	x		
6. Is there reference to extant literature evidence and any incongruence with it logically defended?			x
7. Is the opinion supported by peers?			X

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews**  
**(Appendix 8) – Estudo V**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Buckle, Jane; Ryan, Kathy ; Chin, Karen B

**Year:**2014

**Record Number:**

	Yes	No	Unclear
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	X		
2. Was the search strategy appropriate?	X		
3. Were the sources of studies adequate?	X		
4. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?			X
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?			X
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	x		
7. Were there methods used to minimise error in data extraction?			X
8. Were the methods used to combine studies appropriate?			X
9. Were the recommendations supported by the reported data?	x		
10. Were the specific directives for new research appropriate?	X		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews**  
**(Appendix 8) – Estudo VI**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Luo, Taizhen ;Huang, Meiling ;Xia, Huaan;Zeng, Yingchun **Year:** 2014

**Record Number:**

	Yes	No	Unclear
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	X		
2. Was the search strategy appropriate?	X		
3. Were the sources of studies adequate?	X		
4. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X		
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	X		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X		
7. Were there methods used to minimise error in data extraction?	X		
8. Were the methods used to combine studies appropriate?			X
9. Were the recommendations supported by the reported data?	X		
10. Were the specific directives for new research appropriate?	X		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control  
(Appendix 3) – Estudo VII**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Burns, E.; Zobbi,V.; Panzeri,D;Oskrochi, R.; Regalia, A. **Year:** 2007

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	X		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	X		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal for Comparable Cohort/Case Control  
(Appendix 3) – Estudo VIII**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Kaviani, Maasumeh; Azima, Sara; Alavi, Narges ; Hossein, Mohammad

**Year:** 2014

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	X		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	X		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	x		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal for Comparable Cohort/Case Control**  
**(Appendix 3) – Estudo IX**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Burns, E.; Blamey, C.; Ersser, S. ; Barnetson, L.;Lloyd,A.J. **Year:** 2000

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	X		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?			X
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	X		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text  
(Appendix 6) - Estudo X**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Joseph, Anjali

**Year:** 2006

**Record Number:**

	Yes	No	Unclear
1.Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
8. Is the opinion supported by peers?			X

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (including reasons for exclusion): \_\_\_\_\_

**JBI Critical Appraisal Checklist for Narrative, Expert Opinion & Text  
(Appendix 6) - Estudo XI**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:** 16/04/16

**Author:** Joseph, Anjali; Ulrich, Roger

**Year:** 2007

**Record Number:**

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	X		
2. Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	X		
3. Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	X		
4. Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	X		
5. Is the argument developed analytical?	X		
6. Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence with it logically defended?	X		
8. Is the opinion supported by peers?			X

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (including reasons for exclusion): \_\_\_\_\_



**JBI Critical Appraisal for Comparable Cohort/Case Control**  
**(Appendix 3) – Estudo XII**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:** 16/04/16

**Author:** Campos Oliveira, F.L.; Kakehashi, T. Y.; Tsunemi, M. H.; Pinheiro, E.

**Year:** 2011

**Record Number:**

	yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?			X
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?	X		
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	X		
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		

**Overall appraisal:** Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

**Comments (including reasons for exclusion):** \_\_\_\_\_

## 4. Extração de Dados dos Estudos

### JB1 Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence (Appendix 10) – Estudo I

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:** 16/04/16

**Author:** Stark, M. A.; Remyense, M.; Zwelling, E.

**Year:** 2014

<b>Finding</b>	<p>O ambiente de parto pode apoiar ou dificultar a fisiologia do nascimento. Desta forma foi realizada uma revisão da literatura sobre os ambientes de parto disponíveis nos países desenvolvidos com o objetivo de descrever qual a influência do ambiente na fisiologia do trabalho de parto (com especial atenção ao apoio na gravidez de baixo risco).</p> <p><u>Escolher um ambiente de parto:</u> são inúmeros os fatores que contribuem para a escolha do local de parto, sendo que os diversos estudos analisados são consensuais em afirmar que este terá de ser encarado pela mulher como securizante (relativamente ao conforto e apoio disponibilizados) e seguro para a díade grávida/RN. A percepção de poder e sentido de controlo são aspetos que são referidos pelas mulheres como essenciais, assim como a presença dos conviventes significativos e de profissionais de saúde, em especial de EEESMO's com uma filosofia de cuidados centrados na mulher/casal, de acordo com as necessidades e expetativas da grávida, disponíveis para oferecer um apoio que promova o trabalho de parto fisiológico.</p> <p><u>Ambiente do Parto Tranquilizador:</u> Quais são os atributos que tornam o ambiente de parto que suportam a fisiologia do trabalho de parto? Esta é a pergunta que inicia este segundo tópico da revisão da literatura. Os autores consultados são consensuais em afirmar que o ambiente do parto não é apenas a estrutura física ou local mas a cultura de cuidados disponibilizada pelos profissionais.</p> <p>Assim sendo, a presença de uma doula, conviventes significativos e de EEESMO's comprometidas a disponibilizar suporte, discutindo e negociando os cuidados influencia positivamente a experiência de parto.</p> <p>Um ambiente calmo, reduz o stress e promove a fisiologia do parto. Aspetos como a privacidade, a redução de estímulos auditivos, disponibilização de espaço para liberdade de movimentos e utilização de medidas de conforto (intervenções não farmacológicas) são essenciais e poderão ser disponibilizadas nos diferentes contextos.</p>
----------------	--

Local do Parto:

Contexto Hospitalar – a mudança que ocorreu no início do século XX, com intuito de reduzir a morbimortalidade infantil trouxe com ela inúmeras repercussões na assistência ao parto nomeadamente retirando o protagonismo/o foco na mulher e no apoio das EEESMO's para o mesmo passar a ser gerido num modelo de prestação de cuidados medicalizado, com aumento da utilização de meios tecnológicos e salas de parto pouco acolhedoras/locais assépticos em que a cama e o equipamento eram os elementos centrais para o parto.

Contudo a prática baseada na evidência contribuiu positivamente para a implementação progressiva de mudanças nas salas de parto, que tornassem estes locais mais acolhedores e promotores da fisiologia do trabalho de parto nomeadamente: promovendo a privacidade (com minimização da iluminação e ruído), a liberdade de movimentos, a utilização de camas modificadas (com capacidade de mudança de posições ou mobilização das mesmas no espaço), o banco de partos, as bolas de parto, o uso da hidroterapia (duche ou imersão), a telemetria, utilização da música e possibilidade de uso de objetos pessoais.

Também a transição de uma filosofia de cuidados centrados no médico para um modelo de cuidados centrado na família, encarando o nascimento como um processo fisiológico, sensível às necessidades da mulher e envolvimento da sua família /convivente significativo no apoio durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, influencia positivamente a experiência do nascimento.

Os principais desafios do contexto hospitalar prendem-se com a facilidade do acesso a meios tecnológicos e existência de rotinas pouco favorecedoras da privacidade ou de cuidados centrados na família (mudança de turno = mudança na estrutura de apoio)

O hospital poderá ser o contexto indicado para o parto, em especial se existe história de risco acrescido na gravidez atual ou nas gravidezes anteriores, por possibilitar um acompanhamento com maior vigilância e rapidez de intervenção em caso de necessidade.

Este poderá ser também o contexto de eleição se a mulher desejar epidural. Contudo ainda existem diversos países em que os hospitais são a única opção de disponível.

Ambiente domiciliar - apesar da maior parte dos partos ocorrer em meio hospitalar, observa-se um crescente aumento do número de partos domiciliares planeados nas gravidezes de baixo risco, o que requer que a

	<p>mulher se prepare e eleja a sua estrutura de suporte para este contexto. Devido a esta tendência, várias foram as organizações que já se expressaram sobre este assunto no sentido de reduzir os riscos e melhorar os resultados [nomeadamente: a American Association of Pediatrics (AAP, 2013), o American College of Nurse Midwives (ACM, 2011), a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2013) e o National Institute for Health Care Excellence (NICE, 2014)], em especial sobre a importância de realizar escolhas informadas, comunicação honesta com a mulher/casal e existência de uma relação de suporte com as instalações hospitalares em caso de necessidade da existência de planos caso seja necessário transferência.</p> <p>A avaliação da segurança das mães e RN têm sido um tema controverso relativamente à comparação dos riscos inerentes a um parto domiciliar planeado comparativamente a um parto hospitalar planeado, sendo que os estudos comprovam menores índices de intervenção do decurso do parto no parto domiciliar. Um estudo realizado pela AAP (2013) refere a ocorrência do dobro da mortalidade neonatal no parto domiciliar comparativamente ao hospitalar, sobretudo relativamente ao apoio na presença de síndromes de dificuldade respiratória do RN, sugerindo a formação dos profissionais e o uso de equipamentos apropriados por parte dos EEESMO's que apoiam os partos domiciliares.</p> <p>Apesar da segurança ser apontado como um fator <i>major</i> na escolha do ambiente para o parto, os diversos estudos consultados revelam a existência de inúmeros benefícios do ambiente domiciliar com repercussões positivas na fisiologia do parto, nomeadamente: menor nível de intervenção, sensação de controlo do contexto, privacidade e escolha do sistema de apoio para este momento. Também a liberdade de movimentos e a maior utilização de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor/promoção do conforto, possibilidade de ingestão oral e menores custos foram apontados como motivos de escolha deste ambiente.</p> <p>Os principais desafios que se colocam no contexto domiciliar prendem-se com a dificuldade de acessibilidade entre o local de nascimento e hospitais em caso de necessidade de transferência.</p> <p><u>Centros de parto:</u> os centros de parto são instalações dedicadas ao nascimento, resultante de gravidezes de baixo risco, que podem estar localizadas nas imediações de alguns hospitais ou mesmo no próprio hospital. São locais com uma filosofia centrada nos cuidados à família, com foco nos processos fisiológicos e na prevenção de complicações, utilizando intervenções apenas quando e /se necessário. Em caso de complicações</p>
--	--

	<p>existe uma maior facilidade na articulação com os hospitais de referência por parte destas instituições.</p> <p>Um centro de parto certificado tem uma equipa própria (composta por EEESMO's, médicos de família, obstetras e outro tipo de pessoal, como doulas) separada da de intervenção nas salas de parto.</p> <p>As mulheres/casais que escolhem este local para ambiente de parto desejam evitar intervenções desnecessárias e sentir uma sensação de controlo sobre a sua experiência de parto.</p> <p>A avaliação da segurança das mães e RN verificada nos centros de parto relativamente à morbimortalidade é bastante similar à verificada em contexto hospitalar, nas mulheres com gravidezes de baixo risco.</p> <p>Os estudos apontam igualmente para a existência de inúmeros benefícios deste tipo de ambiente, nomeadamente: o apoio individualizado por parte das EEESMO's, a possibilidade de usarem a sua própria roupa, a liberdade de movimentos, o uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor (hidroterapia, toque, aromaterapia, calor, frio e o uso de injeções de água estéril). Em alguns centros existe a disponibilização de óxido nítrico e medicação analgésica endovenosa, assim como de uso de anestesia na episiorrafia.</p> <p>Outros benefícios documentados relativamente ao apoio disponibilizado nos centros de parto é a possibilidade de alojamento conjunto da tríade (mãe, pai e RN), alta precoce ao fim das primeiras 24h, melhores índices de aleitamento materno às 6 e às 8 semanas, assim como um número reduzido de partos por cesariana, menor intervenção e menor custo que na hospitalização, aos quais se acresce a existência de uma equipa preparada em caso de necessidade de estabilização da mãe e RN e boa coordenação em caso de transferência.</p> <p>Os grandes desafios dos centros de parto relacionam-se com: a sua existência e distribuição, certificação e licenciamento. Estes estão indicados em gravidezes de baixo risco necessitando de transferência para o hospital se existir risco, o que aumenta os custos previstos.</p>
<b>Illustration from publication (including page number)</b>	<p>249 p. – Qualquer que seja o ambiente/contexto escolhido para o parto, existem sempre benefícios e constrangimentos que influenciam a fisiologia do parto.</p> <p>Sendo as EEESMO um elemento fundamental para o apoio no trabalho de parto, é importante que estas conheçam as famílias que cuidam na assistência pré-natal e que conheçam os diversos ambientes possíveis a recomendar em gravidezes de baixo risco, promovendo o trabalho de parto fisiológico assim como o apoio a disponibilizar na promoção do conforto quando existe risco gravídico, de acordo com as escolhas e preferências da família.</p>

<b>Evidence</b>	Unquivocal – Os dados apresentam os resultados de diversos estudos e constituem uma boa fonte de documentação para a prática baseada na evidência.
	Plausible
	Unsuported
<b>Category</b>	<p>Implicações para a prática de enfermagem:</p> <p>Os estudos analisados reforçam a importância das EEESMO suportarem o direito de escolha das mulheres ao ambiente de parto, sendo que para que tal ocorra estas deverão ter conhecimento dos benefícios e riscos aos diversos contextos para que possam tomar uma decisão informada e esclarecida.</p> <p>A educação/ensino ao longo da gravidez empoderam a mulher e a família a criar planos de parto de acordo com os seus desejos no sentido de um parto fisiológico.</p> <p>O cuidado centrado na mulher/família individualizado é o que obteve maior satisfação, sendo que sempre que possível este deverá ser privilegiado.</p> <p>Ainda que no hospital e com medidas que dificultem a promoção da fisiologia do parto, é essencial que as EEESMO estejam despertas e disponíveis para utilizar medidas de suporte, negociação, promoção de um ambiente tranquilo (redução da luz, ruído e privacidade), disponibilização de estratégias de controlo não farmacológico para conforto, ingestão de líquidos e sólidos (com baixo teor de acidez, açúcar e sal), assim como a promoção do contato pele a pele e a amamentação precoce (com ganhos para a mulher/RN), suportando a sua prática na melhor evidência disponível</p>

**JBI Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence**  
**(Appendix 10) – Estudo II**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S.

**Year:** 2014

**Record Number:**

<b>Finding</b>	<p>Uma experiência de parto segura e satisfatória, depende, em grande parte, dos níveis de stress vivenciados pela mulher durante o parto. Apesar de já existirem inúmeros estudos sobre os diversos modelos de cuidados no apoio ao nascimento, as salas de parto permanecem maioritariamente como ambientes clínicos.</p> <p>Neste sentido foi realizada uma revisão da literatura sobre os diversos ambientes de parto revelando os aspetos que foram identificados como benéficos para a redução do stress da grávida, facilitadores da fisiologia do trabalho de parto/parto e promotores de um ambiente seguro e satisfatório.</p> <p>Para muitas mulheres, o ambiente hospitalar é encarado como um ambiente desconhecido, o que poderá contribuir para o aumento da ansiedade e medo e predispor a interrupção da libertação hormonal do parto, aumento a necessidade de intervenção e risco de complicações.</p> <p>Esta revisão centrou-se nos elementos chave para a melhoria do ambiente de parto que deverão considerar:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Privacidade</u>: é um elemento fundamental para que o funcionamento do neocortex e libertação das hormonas essenciais ao trabalho de parto e parto, em especial da ocitocina. Os estudos consultados recomendam: que não existam portas com abertura direta para o ambiente do parto e se caso as haja possam existir cortinas que promovam a privacidade; bater à porta antes de aceder ao ambiente também deverá ser considerado, pelo que poderão existir cartazes a incentivar este cuidado no ambiente; se existirem janelas é importante ser assegurada a privacidade do ambiente com recurso a biombos ou cortinas.</li><li>2. <u>Cama</u>: A cama ocupava até recentemente, lugar de destaque, no centro da sala de parto, uma vez que este é o local com maior acessibilidade para os profissionais. Contudo os estudos mais recentes sugerem que a cama não seja o elemento central do espaço, e que esta possa, sempre que possível, ser retirada do centro da sala e possibilite o uso de posições verticalizadas, podendo existir nas instalações pósteres com as diferentes posições passíveis de utilizar no trabalho de parto.</li></ol>
----------------	--

	<p>Sempre que possível deverão ser disponibilizadas almofadas e colchões que poderão ser utilizados no espaço da sala de partos, assim como, se o recurso a salas de <i>snoezelen</i> durante o trabalho de parto.</p> <p>3. <u>Acesso à imersão em água</u>: o recurso à utilização da água, através da imersão na piscina de parto, é uma das melhores estratégias não farmacológicas para o alívio da dor pelo que os estudos são consensuais em recomendar a existência de instalações sanitárias com banheiras apropriadas nas salas de parto ou a utilização de piscinas de parto, devendo as mesmas proporcionarem condições para a imersão da mulher em água. Estas condições devem ser asseguradas com privacidade e condições de segurança (no enchimento/esvaziamento das piscinas de parto e existência de protocolo para a remoção da água em caso de necessidade), sugerindo a formação de toda a equipa sobre os mesmos.</p> <p>4. <u>Acesso ao duche</u>: a semelhança do referido anteriormente, a água é uma das melhores estratégias para alívio da dor. Assim sendo, seria desejável que em caso de não ser possível a imersão em água, a mesma pudesse ser disponibilizada através da existência de instalações sanitárias com duche nas salas de parto. Relativamente às mesmas os estudos são consensuais em recomendar que as cabines de duche sejam suficientemente largas para poder colocar um banco/cadeira e permitir a presença do convivente significativo. Os mesmos recomendam que os duches possam, se possível disponibilizar jatos e sugerem a existência de suportes e a garantia de zonas que possibilitem que no duche e saída do duche exista material antiderrapante (prevenção de quedas), sendo igualmente recomendada a formação da equipa, em especial para a necessidade de evacuação da mulher.</p> <p>5. <u>Acesso à sanita</u>: o acesso à casa de banho deveria estar disponível em todas as salas de parto. Sobre este os autores consultados sugerem que as mesmas se encontrem com: boa manutenção da limpeza, assegurem a privacidade, tenham espaço suficiente para a utilização de cadeiras de duche/utilização de equipamento para a remoção da casa de banho em caso de necessidade, tenham um soalho antiderrapante e barras laterais de apoio.</p> <p>6. <u>Iluminação</u>: apesar de já existirem diversos estudos que reconhecem a influência da iluminação na saúde e bem-estar, a iluminação nas salas de parto ainda é um aspeto de menor valorização. Contudo a evidencia científica demonstra que a possibilidade de poder existir um controlo sobre a iluminação das salas, assim como a utilização de luzes com</p>
--	--



	<p>menor intensidade trazem inúmeros ganhos para a mulher em trabalho de parto ao permitirem que o neocortex esteja menos ativado, através de um ambiente tranquilizador e promotor de maior intimidade. A utilização das salas de <i>snoezelen</i> é um exemplo de um ambiente adaptado ao trabalho de parto neste sentido, os estudos recomendam que: a mulher possa determinar a intensidade da luz que a deixa confortável (exceto em urgências), evitar o uso de luzes intensas nas salas de parto como focos durante todo o trabalho de parto e possibilidade de ajuste da intensidade luminosa.</p> <p>7. <u>Janelas</u>: A iluminação natural apoia a regulação dos biorritmos e poderá trazer ganhos para o trabalho de parto. No caso das salas de parto poderem ter janelas, as mesmas devem ser suficientemente largas para permitir a iluminação da sala, com recurso a cortinados que promovam a privacidade, podendo mesmo existir estores em casos de reduzir a intensidade luminosa do exterior. As mesmas devem ser deslizantes possibilitando e posicionadas para locais relaxantes (como jardins ou espaços agradáveis).</p> <p>8. <u>Ruído</u>: os hospitais em todo o mundo, apresentam na grande maioria níveis de ruído bastante superiores aos recomendados pela OMS. Um ambiente hospitalar com níveis de ruído intensos pode afetar negativamente a memória, aumentar a agitação, causar menor tolerância à dor e aumentar a necessidade de intervenção farmacológica no controlo da dor. Desta forma, os estudos consultados sugerem: uma maior isolamento de ruídos na sala de partos (que consigam absorver e minimizar os ruídos exteriores), a utilização da música em todas as salas de parto, com possibilidade da mesma ser fornecida pelo ambiente ou <i>head fones</i> (podendo a mesma ser escolhida e regulada de intensidade pela mulher).</p> <p>9. <u>Decoração, mobiliário e equipamento</u>: As cores, a decoração, as mobílias e elementos presentes na sala de parto podem fazer a diferença no trabalho de parto. Ambientes semelhantes ao do domicílio produzem na mulher uma maior segurança e sensação de controlo sobre o seu processo. Os estudos consultados sugerem a utilização de cores não refletoras (como o azul, violeta, rosa ou verde) ao invés do branco ou creme; a utilização de pontos de foco visuais como quadros com imagens relaxantes ou projeção de elementos tranquilizadores; utilização de materiais naturais no mobiliário (madeira, cortiça...); equipamentos que promovam a utilização de posições verticalizadas como cordas, bolas de parto e bancos de parto assim como a fixação do mobiliário para permitir o seu uso/apoio.</p>
--	---

	<p>10. <u>Possibilidade e espaço para mobilização</u>: Poder deambular e movimentar-se livremente é bastante importante para a mulher em trabalho de parto, referindo os estudos que a mobilidade apoia a descida e passagem do feto no canal de parto e encurta o tempo do trabalho de parto, sendo que a impossibilidade desta se correlaciona com maiores índices de cesariana. Para a liberdade de movimentos as salas de parto, os estudos consultados sugerem: espaço suficiente para a deambulação e possibilidade de a mulher ter consigo o seu sistema de suporte; variedade de equipamentos e monitorização fetal intermitente.</p> <p>11. <u>Inclusão de elementos da natureza na sala de partos</u>: A observação e utilização de elementos da natureza pode ajudar a reduzir os níveis de stress. Os estudos desta revisão recomendam a inclusão de elementos da natureza como: uso de fontes, plantas, conchas, aquários ou murais com elementos da natureza podem promover uma conexão com estes e consequentemente aumentar o relaxamento.</p> <p>12. <u>Acesso a um espaço exterior</u>: Este poderá ser o elemento com maiores desafios na adaptação das salas de parto em contexto hospitalar, mas a possibilidade de aceder a um espaço exterior tranquilo e com privacidade traz inúmeros ganhos para o relaxamento da mulher em trabalho de parto. Desta forma as salas de parto deverão estar localizadas em térreos, por forma a assegurar, se possível o acesso a jardins interiores ou às imediações do hospital.</p> <p>13. <u>A utilização do cheiro/ estímulos olfativos</u>: existe uma profunda relação entre os estados emocionais e o cheiro/odor. A utilização de aromas agradáveis pode ser benéfica na redução da ansiedade e da perceção da dor, assim como aromas desagradáveis aumentam a ansiedade, o medo e o stress. Em muitos hospitais, o cheiro designado de hospitalar é por si só uma fonte de ansiedade.</p> <p>Desta forma os estudos consultados revelam que o uso da aromaterapia tem ganhos acrescidos ao nível da redução da perceção da dor, ansiedade, melhoria na respiração e redução das náuseas (no trabalho de parto e após cesariana). Os autores recomendam: que as mulheres possam, se o desejarem trazer os seus itens pessoais entre os quais os odores que lhe são tranquilizadores; que as salas de parto possam ter janelas ou sistemas de recuperação/controlo de cheiro e que os profissionais possuam formação sobre a utilização desta técnica e protocolos para a sua aplicação.</p> <p>14. <u>Itens pessoais</u>: Um dos motivos pelos quais as mulheres sentem dificuldade em sentir conforto nas salas de parto relaciona-se com o</p>
--	--

	<p>ambiente impessoal e esterilizado das mesmas. Por todos os aspetos anteriormente abordados a possibilidade de trazer e ter consigo objetos pessoais pode fazer a diferença relativamente à sensação de conforto e segurança.</p> <p>15. <u>Possibilidade de sistema de suporte</u>: Apesar de existirem inúmeros estudos sobre o desenho apropriado para o ambiente na sala de parto é igualmente importante que para além de confortáveis e seguros os hospitais possam dispor de pessoas para o apoio. As mulheres que tem um apoio contínuo no trabalho de parto e parto apresentam melhores resultados, menores índices de cesarianas e uma maior satisfação com a sua experiência de parto. Desta forma, a presença do convivente significativos ou de outros apoios apresenta ganhos acrescidos, devendo ser incentivada a sua presença e disponibilizadas condições para os s puderem igualmente descansar, alimentar-se e usar instalações sanitárias próximas da sala de parto.</p> <p>16. <u>Considerações Culturais</u>: é importante conhecer as clientes no sentido de lhes poder disponibilizar o apoio de acordo com as suas crenças e hábitos culturais. Existem inúmeras culturas com rituais de parto próprios, que sempre que possível deveram ser possibilitados às mulheres em trabalho de parto. Os autores recomendam que as maternidades conheçam os contextos culturais da comunidade a quem prestam serviços, podendo mesmo dispor de elementos de referência para possibilitar este apoio.</p>
<b>Illustration</b>	
<b>Evidence</b>	Unquivocal – pertinente e exequível, com ganhos ao nível da melhoria da prestação de cuidados
	Plausible
	Unsuported
<b>Category</b>	O ambiente do parto condiciona de forma positiva ou negativa a vivência do trabalho de parto e parto pelo que é essencial que os prestadores de cuidados estejam sensíveis aos inúmeros aspetos condicionadores no sentido de puderem possibilitar um ambiente calmo e tranquilizados que suporte a fisiologia do trabalho de parto.

# **JBI Data Extration Template for Qualitative Evidence** **(Appendix 9) - Estudo III**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Dijkstra, Karin; Pieterse, Marcel; Pruyn, Ad

**Year:** 2006

**Record Number:**

<b>Method</b>	<p>Revisão sistemática da literatura com os objetivos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>determinar os efeitos dos estímulos ambientais nos contextos de saúde e no bem-estar dos clientes;</li> <li>obter rigor na evidência científica que possa servir de base para a melhoria dos ambientes de prestação de cuidados/ investigações futuras.</li> </ul>
<b>Methodology</b>	<p>Foi utilizado o <i>Cochrane Collaboration Method</i> (Alderson et al, 2003), para a orientação da pesquisa nas bases de dados: <i>MedLine</i>, <i>PsychInfo</i>, <i>Embase</i>, <i>CINAHL</i>, <i>Iconda</i>, <i>ScienceDirect</i>, <i>Compendex</i> e <i>ISI Citation IndexesD atabases</i>.</p> <p>Foram incluídos para análise os estudos cujas intervenções se encontrassem relacionadas com os efeitos dos estímulos ambientais nos contextos e nos clientes.</p> <p>Os <u>critérios de inclusão</u> foram: estudos de controlo experimental, publicados em jornais de “<i>peer-reviewed</i>”, com resultados do âmbito clínico e psicológico; o resumo em inglês, alemão, espanhol, francês ou holandês.</p> <p>Como <u>critério de exclusão</u>: intervenções no ambiente pouco evidentes, e possam ser confundidas com intervenções não ambientais, nomeadamente mudanças na política de prestação de cuidados de enfermagem.</p> <p>Foi efetuada uma avaliação da qualidade metodológica a todos os estudos incluídos na revisão.</p>
<b>Interventions</b>	<p>A estratégia de pesquisa identificou 4075 estudos, dos quais a aplicação dos critérios de inclusão para o título/ resumo, reduziu para 533 para leitura integral.</p> <p>Após leitura integral dos mesmos, e re aplicação dos critérios de inclusão/ exclusão, foram incluídos nesta revisão 30 estudos (18 ensaios clínicos, 2 ensaios clínicos randomizados e 10 estudos experimentais).</p>
<b>Setting</b>	<p>Esta revisão da literatura foi efetuada por um grupo de três investigadoras na Faculdade de Ciências Comportamentais (Universidade de <i>Twente</i>, Holanda), no verão de 2005.</p>
<b>Geographical</b>	<p>Não foram encontrados dados específicos do contexto geográfico.</p>
<b>Cultural</b>	<p>Não foram encontrados dados específicos do contexto cultural.</p>
<b>Participants</b>	<p>Não aplicável.</p>

<b>Data analysis</b>	<p>Foram identificadas como relevantes 3 dimensões dos estímulos ambientais, nomeadamente: o <u>ambiente</u>, a <u>arquitetura</u> e as <u>características do design interior</u>.</p> <p>A primeira dimensão, designada de <u>ambiente</u> nos cuidados de saúde, identificou nos estudos três aspetos de relevo, respetivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>a luz solar</u>: dos quatro estudos que investigaram a luz solar, revelaram efeitos positivos na diminuição do tempo de internamento, taxa de mortalidade, redução do stress e ansiedade, com exceção de clientes com um tipo específico de depressão</li> <li>• <u>o som</u>: dos quatro estudos que se debruçaram sobre os efeitos do som, foram encontrados resultados positivos maioritariamente no uso de estratégias para reduzir o impacto negativo do ruído. O uso do som no ambiente é identificado como um distrator positivo agradável.</li> <li>• <u>o odor</u>: apenas um estudo se debruçou sobre o uso do odor. Neste, foi efetuada a aplicação da difusão do óleo essencial de laranja na sala de espera de um consultório dentário, comparando-o com um grupo de controlo em que não se usou este estímulo. O grupo que usou aromaterapia revelou resultados estatísticos significativos na redução do stress, melhoria do humor e tranquilidade.</li> </ul> <p>A segunda dimensão, designada de <u>arquitetura</u>, identificou nos estudos dois aspetos de relevo, respetivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>janelas</u>: foram três os estudos que se debruçaram sobre a existência ou ausência de janelas, mas também com a visão proporcionada pelas mesmas. Os estudos revelam que a existência de janelas que proporcionem a observação da natureza em redor apresenta ganhos ao nível da melhoria do sono, redução do tempo de internamento e do delírio.</li> <li>• <u>ambiente espacial</u>: foram também três os estudos que se debruçaram sobre os efeitos do ambiente espacial na saúde e bem-estar dos clientes. Apesar de a grande maioria dos achados sobre este item ser inconsistente, a perceção da privacidade foi identificada como fator positivo.</li> </ul>
----------------------	---

	<p>A terceira dimensão, designada de <u>características do design interior</u>, identificou nos estudos três aspetos de relevo, respetivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>natureza</u>: foram dois os estudos que se debruçaram sobre a introdução de elementos naturais quer através de imagens ou vídeos. Estes revelaram efeitos positivos no controlo da dor e ritmo cardíacos, apesar de serem pouco significativos;</li> <li>• <u>televisão/ organização espacial</u>: os estudos referentes à presença de tv/ organização espacial do ambiente foram inconclusivos.</li> </ul> <p>Dos 30 estudos incluídos nesta revisão da literatura, 11 revelaram a manipulação múltiplos de estímulos ambientais.</p>
<b>Author's Conclusions</b>	<p>Os estudos que utilizam a manipulação de múltiplos estímulos ambientais suportam a ideia de que o ambiente da prestação de cuidados de saúde influencia o bem-estar dos clientes. Contudo, quando analisados os efeitos específicos dos estímulos ambientais, verifica-se que a evidência científica ainda apresenta limitações e não pode ser amplamente generalizada. É urgente a realização de novos estudos experimentais com boa estruturação metodológica.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	<p>Os revisores concordam com as conclusões sugeridas pelos autores, realçando como aspetos a considerar no uso dos estímulos ambientais os sugeridos pelos autores, nomeadamente a utilização de luz solar, janelas e uso de aromaterapia/odor.</p>

**JBI Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence**  
**(Appendix 10) – Estudo IV**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Gutteridge, Kathryn

**Year:**2014

**Record Number:**

<b>Finding</b>	<p>Este artigo centra-se na discussão do ambiente do parto na perspetiva de compreender o uso dos aromas e da aromaterapia como estratégia não farmacológica com benefícios para as parturientes/parteras.</p> <p><b>Abordagem multisensorial</b></p> <p>De acordo com Walsh e Gutterirdge (2011) a abordagem multissensorial ao ambiente do parto incorpora a aromaterapia no seu modelo de prestação de cuidados.</p> <p>O ambiente multissensorial controlado teve a sua origem na década de 1970, Holanda, intitulando-se de <i>Snoezelen</i>. Este tem como finalidade criar um ambiente que pudesse acalmar ou estimular os sentidos, com recurso ao uso da cor, som e odor, sendo que numa fase inicial este foi utilizado em pessoas com demência, alzheimer e autismo.</p> <p>Presentemente esta abordagem já se encontra a ser utilizada em centros de parto, como o <i>Serenity and Halcyon Birth Centres at Sandwell and West Birmingham Hospitals</i>.</p> <p><b>Aromaterapia</b></p> <p>A estimulação do sistema olfativo encontra-se bem documentada na aromaterapia e noutras terapias naturais.</p> <p>O sistema olfativo tem uma ação direta, quase imediata no SNC produzindo uma resposta no indivíduo.</p> <p><b>Recomendações:</b> O uso de aromaterapia na gravidez/parto deve ser efetuado com as devidas precauções, pelo que a EEEMO deverá realizar uma recolha da história clínica de cada grávida/parturiente, com especial atenção às alergias e problemas de saúde existentes, no sentido de avaliar as condições para o uso de aromaterapia.</p> <p>Nos centros de parto acima referidos cada quarto tem à sua disposição várias sinergias de óleos essenciais e o equipamento para a sua utilização: difusor, stick nasal e produtos de massagem.</p> <p>O <i>Nursing and Midwifery Council</i> (NMC, 2009) expressa que os profissionais de saúde que queiram utilizar aromaterapia tenham desenvolvido competências na área e cumpram as orientações de boa prática.</p>
----------------	---

	<p><b>Survey</b></p> <p>Foi realizado um estudo de investigação retrospectivo, às mulheres que utilizaram as sinergias de aromaterapia disponibilizadas pelos centros de parto acima referidos, durante o período de um mês no ano de 2012, através da realização de uma entrevista semi-estruturada, via telefone, duas semanas após o parto.</p> <p>Este estudo revelou que todas as mulheres consideraram positivo o uso desta estratégia não farmacológica no trabalho de parto/parto.</p>
<p><b>Illustration from publication (including page number)</b></p>	<p>Khathryn Gutteridge, EEESMO, formou-se em aromaterapia há cerca de vinte anos, tendo desde a sua formação ficado fascinada com os benefícios do uso da aromaterapia na gravidez/parto (p.2)</p> <p>O grande desafio na introdução da aromaterapia na abordagem multissensorial a usar nos centros de parto prende-se com a necessidade de garantir homogeneidade e segurança nos óleos selecionados, tendo na altura trabalhado com um fornecedor de óleos essenciais para criar as sinergias de óleos essenciais mais indicadas para o trabalho de parto/ parto. (p.2)</p>
<p><b>Evidence</b></p>	<p>Unquivocal</p>
	<p>Plausible: A opinião/evidência presente neste artigo de opinião reúne informação pertinente relativamente à experiência de uma EEESMO com formação em aromaterapia, apresentando também os resultados de uma investigação retrospectiva realizada pela mesma.</p>
	<p>Unsuported</p>
<p><b>Category</b></p>	<p>A abordagem multissensorial é um modelo de cuidados com benefícios para o trabalho de parto/parto.</p> <p>A aromaterapia é um dos elementos deste modelo/estratégia não farmacológica, com ganhos reconhecidos na evidência científica. Contudo a sua utilização deve ser realizada por profissionais de saúde com competências nesta área, após uma avaliação prévia da grávida/parturiente.</p>



**JBI Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence**  
**(Appendix 10) - Estudo V**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Buckle, Jane; Ryan, Kathy ; Chin, Karen B

**Year:** 2014

**Record Number:**

<b>Finding</b>	<p>A aromaterapia clínica consiste no uso de óleos essenciais com fins terapêuticos e resultados mensuráveis, existindo já vários estudos que revelam os ganhos da sua utilização na gravidez, parto e pós-parto.</p> <p>Desta forma, foi realizada uma revisão da literatura sobre o potencial da utilização da aromaterapia clínica como uma ferramenta a integrar na prestação de cuidados na área da saúde materna, com o objetivo de facilitar a sua integração na prestação de cuidados.</p> <p><b>Aromaterapia</b></p> <p>O olfato é um dos primeiros sentidos a ser desenvolvido no ventre materno. Inúmeras pesquisas revelam que os bebês conseguem identificar as suas mães pelo odor experienciado no útero.</p> <p>O olfato encontra-se diretamente relacionado com o sistema límbico, em particular a amígdala, responsável pela nossa resposta ao medo.</p> <p>Um aroma familiar pode ser tranquilizador em momentos de stress, sendo que alguns aromas possuem um profundo efeito psicológico.</p> <p>A aromaterapia consiste na utilização de óleos essenciais, obtidos através de plantas aromáticas com fins terapêuticos. A aromaterapia clínica é reconhecida como parte integrante da enfermagem holística pela <i>American Holistic Nurses Association</i> e pela maioria dos <i>State Boards of Nursing</i>.</p> <p>Os óleos essenciais(OE) possuem várias propriedades relevantes para a gravidez, trabalho de parto, parto e pós parto (Cordell &amp; Buckle, 2003), nomeadamente: a difusão de hortelã pimenta, gengibre e <i>lavanda augustifolia</i> pode aliviar as náuseas; a difusão de <i>frankincence</i>, <i>lavanda augustifolia</i> e <i>rosa damascena</i> pode aliviar a ansiedade do trabalho de parto/parto, sendo que o uso da rosa e da lavanda apresenta igualmente inúmeros ganhos na prevenção/tratamento da depressão pós parto (Reagan, 2009; Regalia <i>et al</i>, 2007; Vakilian <i>et al</i>,2011).</p> <p>A camomila romana possui uma forte ação anti-inflamatória, ao passo que a árvore do chá apresenta uma ação anti microbiana com ganhos reconhecidos ao nível das infeções hospitalares como o <i>Stafilococcus</i></p>
----------------	---

*Aureos Metilicilo Resistente* ou o *Acinetobacter Baumii*. (Duarte *et al*, 2012; Warnke *et al*, 2013).

#### **Evidência Científica Publicada**

O uso de aromaterapia para as parturientes foi introduzido no Reino Unido, na década de 1990, pelas EEESMO's Burns & Blamey (1994). Estas realizaram dois importantes estudos sobre o uso da aromaterapia no trabalho de parto, o primeiro foi um estudo retrospectivo realizado num período de 6 meses a 500 mulheres que utilizaram aromaterapia numa maternidade em Oxford, serviu de base para um estudo retrospectivo mais alargado, realizado ao longo de 8 anos, com uma população de 8.058 mulheres que usaram aromaterapia comparando-a com uma população que não usou esta medida (Burns *et al*, 2000).

Os OE utilizados neste estudo foram a camomila romana, a salvia, o incenso, o eucalipto, jasmim, lavanda, limão, tangerina, hortelã pimenta e rosa.

Foi oferecida aromaterapia às parturientes para aliviar sintomas como: ansiedade, dor, náuseas/vómitos, mas também para apoiar a regularização da contratilidade uterina.

Mais de metade das mulheres referiu a aromaterapia como um benefício, sendo que apenas 14% da totalidade da amostra não referiu qualquer ganho sobre o seu uso. A aromaterapia reduziu a necessidade de analgésicos, como por exemplo: o uso da petidina que diminuiu de 6% para 0,2%.

Num estudo retrospectivo sobre o uso da aromaterapia e da massagem no trabalho de parto, realizado por Dhaney, Mitchel & Foy (2012), refere que a utilização da aromaterapia em difusão e em massagem, diminuiu a necessidade de anestesia no trabalho de parto e contribuiu um aumento dos ganhos ao nível do bem-estar materno fetal/neonatal.

Vários estudos apresentaram ganhos ao nível do alívio de sintomas:

- Náuseas/Vómitos: são reconhecidos os ganhos do uso dos óleos essenciais de hortelã pimenta e gengibre, ou de uma sinergia de ambos no alívio deste sintoma na gravidez, trabalho de parto/parto (Hunt *et al*, 2012);
- Analgesia: o uso de *lavanda augustifolia* apresenta ganhos na melhoria da percepção da sensação de dor (Kaviani *et al*, 2014);
- Conforto: o uso de tangerina, rosa ou ylang-ylan em difusão ou massagem, proporcionam sensação de bem-estar (Coleman Smith, 2012);
- Trabalho de parto/parto: o uso de rosa melhora a sensação de ansiedade ao passo que a sálvia melhora a contratilidade uterina (Coleman Smith, 2012);

- Episiotomia: a utilização de *lavanda augustifolia* tem ganhos em saúde comparativamente ao uso de betadine, na cicatrização do pós-parto (Vakilian *et al*, 2011);
- Depressão pós-parto: O uso de rosa damascena, lavanda e neroli tem ganhos na prevenção e tratamento da depressão pós parto (Imura *et al*, 2012).
- Infertilidade: os OE de ylang-ylang, sálvia, gerânio, funcho, cipreste e rosa, têm ganhos na redução dos níveis de ansiedade e podem apoiar na concepção, podendo ser utilizados em difusão ou massagem na região abdominal (Tillet & Ames, 2010).

### **Aromaterapia Clínica no Hospital**

O uso de aromaterapia foi adicionado ao “kit” de medidas não farmacológicas para promoção do conforto no trabalho de parto/parto disponibilizado pelas EEESMO da Maternidade de St, Vicent em Indianópolis desde 2009.

Para que tal ocorresse foi realizada formação a toda a equipa de enfermagem no sentido que a mesma se encontre apta a disponibilizar 6 OE em difusão, tendo sido criada uma norma de orientação da prática de enfermagem.

Antes de iniciar aromaterapia é realizada uma avaliação do historial clínico e alergias, sendo posteriormente, se possuir critérios para uso, orientada a mulher para o seu uso.

As enfermeiras encontram-se treinadas no sentido de conhecer as indicações e contraindicações dos OE.

### **Óleos Essenciais – que escolhas para as parturientes:**

Conforme já acima referido, são inúmeros os OE que podem ser utilizados para o alívio de sintomas. O uso dos OE pode ser realizado através de apenas um OE ou de uma sinergia criada para o trabalho de parto/parto.

Os três OE mais frequentemente solicitados pelas parturientes são a lavanda, a tangerina e a hortelã pimenta, com ganhos reconhecidos no alívio de desconforto e redução do stress.

### **A importância da formação**

Os OE são altamente concentrados, sendo que nem todos são indicados para utilização na gravidez e no parto. Desta forma, recomenda-se a realização de formação sobre o uso de aromaterapia clínica direcionada para o pré e pós-parto.

<b>Illustration from publication (including page number)</b>	Integrar a aromaterapia clínica num programa de prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto tem ganhos na melhoria do conforto das parturientes e permite-lhes focarem-se no seu grande objetivo do trabalho de parto – o nascimento de um bebé lindo e saudável. Contudo, os óleos essenciais são complexos, pelo que é essencial a realização de formação (p.25).
<b>Evidence</b>	Unquivocal: A evidência científica presente neste artigo de revisão da literatura reúne informação pertinente relativamente à utilização da aromaterapia clínica na gravidez, parto e pós-parto.
	Plausible:
	Unsuported
<b>Category</b>	<p>A aromaterapia clínica é uma medida não farmacológica de controlo de sintomas na gravidez, parto e pós-parto, com ganhos reconhecidos na evidência científica.</p> <p>Para que a sua utilização seja realizada de forma segura, os profissionais de saúde devem realizar formação no sentido de garantirem a adequação e individualização da escolha dos óleos essenciais, a cada mulher a quem prestam cuidados.</p>

**JBI Data Extration Template for Qualitative Evidence**  
**(Appendix 9) - Estudo VI**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Luo, Taizhen ;Huang, Meiling ;Xia, Huaan;Zeng, Yingchun **Year:**2014

**Record Number:**

<b>Method</b>	Meta análise realizada com base na pesquisa de cinco bases de dados, com o objetivo de tentar quantificar a eficácia do uso da aromaterapia nas parturientes durante o trabalho de parto.
<b>Methodology</b>	<p>Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados: <i>MedLine</i>, <i>CINAHL</i>, <i>Scopus</i>, <i>The Chochrane Library</i> e a <i>CAJ Full text Database</i>, até 15 de Novembro de 2013.</p> <p>Os <u>critérios de inclusão</u> foram: serem estudos de controlo experimental, controlados (RCT's); as participantes serem mulheres em trabalho de parto, que incluam qualquer tipo de intervenção participantes e que estejam publicados em língua inglesa ou chinês.</p>
<b>Interventions</b>	<p>Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados acima citadas com os termos de pesquisa "<i>aromatherapy</i>", "<i>labor</i>", "<i>delivery</i>" e "<i>intrapartum midwifery practice</i>".</p> <p>Para cada estudo selecionado a extração de dados foi retirada do estudo original por um dos investigadores principais e verificada por um segundo investigador. Sempre que se verificaram divergências procedeu-se a discussão dos resultados.</p> <p>A estratégia de pesquisa identificou 23 estudos, dos quais a aplicação dos critérios de inclusão para o título/ resumo, reduziu para um total de 4.</p> <p>Dos 4 estudos selecionados: um realizou uma comparação entre os cuidados prestados com recurso a aromaterapia com os cuidados habituais sem recurso a aromaterapia; os restantes três estudos usaram a aromaterapia como uma intervenção na prestação de cuidados recorrendo à difusão ou à massagem com OE.</p>
<b>Setting</b>	Esta meta análise foi efetuada por um grupo de quatro investigadoras nos Departamentos de Obstetrícia e Enfermagem do <i>The Third Affiliated Hospital of GuangZhou Medical University</i> , na China
<b>Geographical</b>	Não foram encontrados dados específicos do contexto geográfico.
<b>Cultural</b>	Não foram encontrados dados específicos do contexto cultural.
<b>Participants</b>	Esta meta análise tem como população em estudo 715 parturientes, grávidas com apenas um feto.

	Nos estudos consultados, um total de 22 mulheres analisadas foram múltiparas, 180 nulíparas e no maior estudo, com 513 mulheres, não é perceptível a paridade. Em todos os estudos, foram analisadas as mulheres
<b>Data analysis</b>	<p>Foi utilizado o <i>The Cochrane Collaboration's Review Manual</i>, para a extração e análise dos resultados, tendo-se identificado seis categorias de análise, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Efeitos do uso de analgesia farmacológica</u>: foram analisados dois estudos onde foi utilizada a aromaterapia em mulheres em trabalho de parto com epidural, efetuando a comparação entre mulheres que utilizaram aromaterapia com as que não utilizaram aromaterapia, não sendo encontradas diferenças significativas;</li> <li>2. <u>Efeitos no trabalho de parto espontâneo via vaginal</u>: foram analisados dois, que tinham como objetivo avaliar o efeito do uso da aromaterapia neste tipo de partos, não tendo sido encontradas diferenças significativas no grupo de mulheres que utilizaram esta medida com o grupo de controlo.</li> <li>3. <u>Efeitos no parto vaginal instrumentado</u>: foram analisados dois estudos, com o objetivo de avaliar o efeito do uso da aromaterapia no parto instrumentado, não tendo sido encontradas diferenças significativas no grupo de mulheres que utilizaram esta medida com o grupo de controlo.</li> <li>4. <u>Efeitos na realização de cesariana</u>: foram analisados dois estudos, que tinham como objetivo avaliar o efeito do uso da aromaterapia na cesariana, não tendo sido encontradas diferenças significativas no grupo de mulheres que utilizaram esta medida na cesarina com o grupo de controlo, que não utilizou aromaterapia.</li> <li>5. <u>Efeitos na duração do trabalho de parto</u>: dois dos estudos analisados revelaram uma redução significativa na a duração do trabalho de parto, de cerca de – 1,38% na fase ativa e de -12, 74% no período expulsivo de duração.</li> <li>6. <u>Outros efeitos</u>: Apesar de estatisticamente serem reduzidos os dados estatísticos relativamente à redução da dor com a utilização de aromaterapia na fase latente e fase ativa do trabalho de parto, todos os estudos consultados revelaram ganhos relativamente ao alívio da dor. Outro dos itens realçado em todos os estudos foi a satisfação relativamente à experiência de parto, demonstrando as parturientes que receberam aromaterapia uma maior satisfação relativamente aos grupos de controlo. Também a redução da</li> </ol>

	<p>ansiedade e a diminuição da depressão pós parto nas mulheres que usaram aromaterapia foram aspetos realçados pelos estudos.</p> <p>Em nenhum dos estudos foram encontrados quaisquer efeitos adversos da utilização da aromaterapia no trabalho de parto e parto.</p>
<b>Author's Conclusions</b>	<p>Estes quatro estudos focaram-se sobretudo nos efeitos do uso da aromaterapia na saúde física das parturientes.</p> <p>Nestes estudos a aromaterapia foi aplicada através de massagem, uso na imersão em água e através de difusão.</p> <p>Apesar do uso da aromaterapia ter benefícios - na redução da duração do trabalho de parto, diminuição da perceção da intensidade da dor e do aumento da satisfação da experiência de parto - não existiram diferenças estatísticas significativas relativamente aos ganhos do seu uso no parto espontâneo via vaginal, instrumentado e cesariana.</p> <p>Desta forma, sugere-se a realização de estudos de maiores dimensões relativamente ao uso da aromaterapia no trabalho de parto e parto, no sentido de aumentar a evidencia científica.</p>
<b>Reviewer's Conclusions</b>	<p>A aromaterapia no trabalho de parto apresenta ganhos ao nível da redução da duração do trabalho de parto/parto, da diminuição da dor e do aumento da satisfação face à experiência de parto.</p> <p>A ansiedade e a depressão foram duas das áreas identificadas como maiores ganhos do uso da aromaterapia.</p> <p>Ainda assim, existe necessidade de realização de estudos de investigação nesta área, no sentido de reforçar os ganhos e aumentar a evidência científica.</p>

**JBI Data Extration form for Experimental/Observational Studies**  
**(Appendix 5) - Estudo VII**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Burns, E.; Zobbi,V.; Panzeri,D;Oskrochi, R.; Regalia, A. **Year:** 2007

**Record Number:**

**Study Method:** RCT ☒ Quasi-RCT ☐ Longitudinal ☐

Retrospective ☒ Observational ☐ Other ☐

**Participants:** As participantes do estudo foram 513 parturientes.

**Setting:** Este estudo randomizado de controlo experimental (RCT), foi realizado na maternidade de San Gerardo (Milão, Itália), tendo decorrido no período entre 1 de Maio a 31 de Dezembro de 2008. O mesmo efetua uma comparação entre dois grupos de parturientes, o grupo de teste - teve a possibilidade de utilizar a aromaterapia no trabalho de parto - e o grupo de controlo - que não recebeu aromaterapia.

Com este estudo, os investigadores tinham com o objetivo reunir evidência científica sobre os benefícios do uso da aromaterapia no trabalho de parto, como medida não farmacológica a implementar com ganhos ao nível materno e fetal. Este estudo foi submetido à aprovação do comité de ética hospitalar, sendo obtida autorização para a sua consecução.

Previamente ao seu início, o investigador principal, disponibilizou às EEESMO toda a informação sobre o objetivo do estudo e orientações sobre os óleos essenciais (cuidados e instruções para utilização), tendo no caso das EEESMO's que demonstrassem interesse na participação, obtido o seu consentimento informado. Foi ainda disponibilizado treino na ferramenta estatística SPSS, a duas EEESMO's que se disponibilizaram a efetuar a introdução dos dados recolhidos.

Foi também assegurado cumprimento das questões éticas junto das participantes, com obtenção do consentimento informado (após a distribuição de folhetos informativos e explicação dos objetivos do estudo, assegurando que as mesmas poderiam abandonar o estudo em qualquer altura).



**Population:** A população deste estudo foi dividida em dois grupos, o grupo de teste, constituído por 251 mulheres que utilizaram a aromaterapia no trabalho de parto, e o grupo de controlo, composto 262 mulheres que não receberam aromaterapia no trabalho de parto.

A sensibilização das mulheres para o estudo foi realizada nas aulas de preparação para o parto do hospital e centros de saúde da área de referência da maternidade, sendo disponibilizado um folheto informativo, e posteriormente disponibilizado às mulheres que decidiram participar um termo de consentimento informado para a sua participação no estudo.

Os critérios de inclusão no estudo são: nulíparas ou multíparas, gestação de um único feto, com IG:  $\geq 36$  semanas e apresentação cefálica.

Como critérios de exclusão no estudo são: IG < 36 semanas, gravidez múltipla, apresentação pélvica e cesariana eletiva.

**Sample size:** A amostra do estudo é constituída por 513 participantes recrutadas através de uma amostra não probabilística intencional, que cumprissem os critérios de inclusão e aceitassem participar no estudo.

## **Interventions**

**Intervention 1:** As mulheres seleccionadas para a participação do estudo assinaram o consentimento informado, que foi entregue e selado, utilizando um envelope opaco onde estava identificada apenas o grupo a que pertencia.

Os envelopes usados foram idênticos tendo sido gerada uma sequência randomizada para introdução informática.

**Intervention 2:** Nas mulheres que pertenciam ao grupo que recebeu a aromaterapia no trabalho de parto, a decisão do OE a utilizar/ modo de aplicação do mesmo foi realizada por consenso da EEESMO e da parturiente.

As mulheres tinham a sua disposição 5 OE: camomila romana (*Chamaemelum nobile*), salvia (*Salvia sclarea*), incenso (*Boswellia carteri*), lavanda (*lavandula augustifolium*) e tangerina (*citrus reticulata*).

A aromaterapia foi utilizada para a melhoria dos seguintes sintomas: redução do medo, redução da ansiedade, alívio da dor e regularização da contratilidade.

Os OE poderiam ser utilizados através de pontos de acupressão, difusão na roupa, compressas, esalda-pés, massagem ou piscina de parto.

Não foram utilizadas sinergias de OE, no sentido de minimizar o potencial de compreensão do efeito do OE e facilitar a administração, uma vez que as EEESMOS não eram aromaterapeutas qualificadas (apenas receberam formação base para o estudo).

Todos os OE utilizados no estudo tinham o certificado cromatografia disponível, tendo sido comprados a um fornecedor americano. Sempre que o método utilizado foi a massagem foi utilizada como base vegetal o óleo de amêndoas doces (*prunus amygdalus*).

**Intervention 3:** Para a extração de dados as mulheres foram agrupadas consoante o grupo (teste/controlo) nas seguintes categoria:

- início de trabalho de parto espontâneo;
- indução de trabalho de parto;
- uso de medidas farmacológicas para o alívio da dor (além da aromaterapia);
- uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (além da aromaterapia);
- rutura espontânea da bolsa de águas (REBA);
- rutura artificial da bolsa de águas (RABA);
- número de cervicometrias realizadas;
- utilização de ocitocina no período de dilatação;
- utilização de ocitocina no período expulsivo;
- episiotomia;
- tipo de parto;
- resultados dos valores de APAR ao 1º, 5º e 10 min;
- internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Nas mulheres que utilizaram a aromaterapia para o alívio da dor foi realizada uma avaliação imediatamente antes do uso desta medida e 30 min após o seu início, que foi quantificada através de uma escala de *lickert* de 10 pontos.

## Clinical outcome measures

Outcome Description	Scale/measure	
	Grupo Teste - Aromaterapia	Grupo de Controlo
<b>Características Gerais</b>	251 mulheres foram selecionadas, tendo posteriormente duas mulheres, em fase ativa do trabalho de parto, recusado. Total:249	262 mulheres
	As características das mulheres admitidas para o presente estudo foram semelhantes ao nível da: etnicidade, idade materna (31,6), paridade e IG (39 semanas).	
<b>Tipo de parto</b>		
<b>Espontâneo vaginal</b>	224(89%)	234(89%)
<b>Manobra Kristler</b>	10(4%)	11(4%)
<b>Ventosas</b>	2(1%)	1(1%)
<b>Cesariana Emergência</b>	15(6%)	16 (6%)
<b>Trabalho de parto</b>		
<b>Início Espontâneo</b>	182(73%)	192(73%)
<b>Induzido</b>	69 (27%)	70(27%)
<b>Rutura Membranas</b>		
<b>Espontânea</b>	143(57%)	130 (50%)
<b>Artificial</b>	108 (43%)	132(50%)
<b>Cervicometria/mulher</b>		
<b>0</b>	1	1
<b>1</b>	20(8%)	37(14%)
<b>2</b>	76(30%)	86(33%)
<b>3</b>	70(28%)	62(24%)
<b>4</b>	46(18%)	41(16%)
<b>5</b>	24(10%)	19(7%)
<b>6</b>	11(4%)	13(5%)
<b>7</b>	2(<1%)	3(1%)
<b>8</b>	1	0
<b>Ocitocina</b>		
<b>Fase Dilatação</b>	68(28%)	66(27%)
<b>Expulsivo</b>	24(10%)	18(8%)

<b>Episiotomia</b>	113(48%)	101(41%)
<b>Duração trabalho parto</b>		
<b>Dilatação (min.)</b>	217(min.)	216(min.)
<b>Expulsivo</b>	34,7(min.)	33,2 (min.)
<b>APGAR</b>		
<b>1º</b>	9,1	9,1
<b>5º</b>	10	10
<b>10º</b>	10	10
<b>Internamento UCIN</b>	0	6(2%)
<b>Uso da aromaterapia</b>		
<b>Redução da dor</b>	95(38%)	
<b>Redução ansiedade</b>	74(30%)	
<b>Redução medo</b>	45(18%)	
<b>Regularizar contrações</b>	35 (14%)	
<b>OE utilizado:</b>		
<b>Lavanda</b>	112(45%)	
<b>Tangerina</b>	65(26%)	
<b>Camomila Romana</b>	18(7%)	
<b>Incenso</b>	26(10%)	
<b>Salvia</b>	28(11%)	
<b>Modo de Uso OE</b>		
<b>Difusão Roupa</b>	99(37%)	
<b>Massagem</b>	85(32%)	
<b>Acupressão</b>	14(5%)	
<b>Escalda pés</b>	11(4%)	
<b>Piscina de parto</b>	51 (20%)	
<b>Compressas</b>	12(4%)	
<b>Modos de aplicação</b>		
<b>1</b>	236(94%)	
<b>2</b>	11(4%)	
<b>3 ou mais</b>	2(0,8%)	
<b>Redução dor com a aromaterapia</b>		
<b>Nulíparas – antes</b>	75	
<b>Nulíparas – depois</b>	72	
<b>Multiparas- antes</b>	69	
<b>Multiparas depois</b>	69	

Study Results	
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A randomização foi metodologicamente correta, tendo sido obtidas duas amostras similares;</li> <li>• Não existiram quaisquer efeitos secundários na parturiente ou RN, nas mulheres que utilizaram aromaterapia no trabalho de parto;</li> <li>• Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às intervenções realizadas no trabalho de parto com ou sem aromaterapia, nem na necessidade de realização de cesariana de emergência;</li> <li>• Ainda se verifica um elevado número de cervicometrias, rutura de membranas, uso de ocitocina e nº de episiotomias – conduta ativa no trabalho de parto, devido a existir uma forte orientação médica.</li> <li>• Ainda assim, esta maternidade é bastante atípica ao nível do uso de medidas farmacológicas no trabalho de parto, sendo que apenas em 1,5% (40) mulheres realizaram epidural (2003), devido a um elevado stress materno ou pré-eclampsia severa.</li> <li>• Esta maternidade não disponibiliza às mulheres medicação não opioide endovenosa ou analgesia farmacológica inalatória, mas ao invés desta possibilita a utilização de inúmeras medidas não farmacológicas (hidroterapia, homeopatia, reflexologia, acupressão, massagem, deambulação.);</li> <li>• Neste estudo, 86% (217) das mulheres utilizaram a aromaterapia para a redução do medo, ansiedade e dor, verificando-se que existiu uma ligeira diminuição da perceção da dor nas nulíparas e uma estabilização do controlo da ansiedade e medo nas multíparas, aquando da progressão da fase ativa;</li> <li>• Tanto as parturientes, conviventes significativos e EEESMO's se manifestaram agradadas com a utilização da aromaterapia no trabalho de parto, pois para além de aliviar sintomas, promove um ambiente de bem estar promotor do trabalho de parto.</li> </ul>

**Author's Conclusions:**

- Este estudo conclui que é possível a realização de RCT sobre o uso de aromaterapia no trabalho de parto.
- Não existiram quaisquer efeitos adversos do uso da aromaterapia no trabalho de parto na mulher/RN.
- Todos os intervenientes presentes no trabalho de parto se manifestaram satisfeitos com o uso da aromaterapia na promoção do bem-estar.
- Existe a necessidade de efetuar estudos semelhantes mais alargados no sentido de aprofundar conhecimentos.

**Comments:**

**JBI Data Extration form for Experimental/Observational Studies**  
**(Apendix 5) - Estudo VIII**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Kaviani, Maasumeh; Azima, Sara; Alavi, Narges ; Hossein, Mohammad

**Year:** 2014

**Record Number:**

**Study Method:** RCT ☐ Quasi-RCT ☒ Longitudinal ☐

Retrospective ☒ Observational ☐ Other ☐

**Participants:** As participantes do estudo foram 160 primíparas.

**Setting:** Este estudo semi-estruturado de controlo experimental, foi realizado nos Hospitais da Universidade de Ciências Médicas de Shiraz (localizados no Irão e em Shiraz), tendo decorrido no período entre Dezembro de 2008 e Junho de 2009. O mesmo efetua uma comparação entre dois grupos de parturientes primíparas, o grupo de teste - teve a possibilidade de utilizar a aromaterapia no trabalho de parto - e o grupo de controlo - que não recebeu aromaterapia.

Com este estudo, os investigadores tinham como objetivo determinar o efeito da utilização da aromaterapia com OE de Lavanda na perceção da intensidade da dor durante o trabalho de parto das primíparas.

O protocolo do estudo foi revisto e aprovado pela Comissão de Ética e de Investigação da Universidade de Ciências Médicas de Shiraz.

**Population:** A população deste estudo foi dividida em dois grupos com a mesma dimensão, o grupo de teste, constituído pelas mulheres que utilizaram o OE de lavanda no trabalho de parto (60), e o grupo de controlo, composto pelas mulheres que não receberam aromaterapia no trabalho de parto (60).

As mulheres selecionadas para participarem no estudo foram as da área de referência dos Hospitais do estudo, sendo disponibilizado um folheto informativo, e posteriormente disponibilizado às mulheres que decidiram participar um termo de consentimento informado para a participação no estudo.

Os critérios de inclusão no estudo são: primíparas, gestação de um único feto, com IG:  $\geq 36$  semanas, em início de trabalho de parto (3-4 cm dilatação),  
Como critérios de exclusão no estudo são: fase latente do trabalho de parto, IG < 36 semanas, gravidez múltipla, cesariana eletiva, com desejo de receber medidas farmacológicas para o controlo da dor (analgesia epidural) ou com contra indicações para o uso de aromaterapia – alergias, anosmia e asma (?).

**Sample size:** A amostra do estudo é constituída por 160 participantes recrutadas através de uma amostra não probabilística intencional, que cumprissem os critérios de inclusão e aceitassem participar no estudo.

## **Interventions**

**Intervention 1:** Uma vez que a amostra foi seleccionada de forma intencional, foi efetuado uma distribuição aleatória dos dias em que se realizava a aplicação do OE, entre o grupo de teste e o grupo de controlo.

**Intervention 2:** Os dados foram recolhidos através de um questionário onde se realizou uma breve caracterização socio demográfica, acompanhamento da gravidez, IG, tipo de parto e uma mensuração da dor através da escala visual analógica [VAS, em que a dor é avaliada de 0-10 - AD:0 (sem dor) e AD:10 (pior dor sentida)].

**Intervention 3:** Nas primíparas com 3- 4cm de dilatação a dor era mensurada e proposto o uso da aromaterapia com OE Lavanda para o alívio da dor, sendo registada a dor imediatamente antes, aos 30 e aos 60 min após a intervenção. Para a aplicação da aromaterapia por difusão efetuou-se uma mistura de 0,1ml de OE lavanda em 2cc de água destilada, os quais se usavam para embeber lenços de algodão com uma dimensão de 15x15cm (permite uma maior preservação dos aromas), tendo esta técnica já sido utilizada com sucesso no estudo de Anderson & Gross (2004)

Desta forma no grupo de teste os lenços eram embebidos com esta mistura ao passo que no grupo de controlo apenas foi aplicada água destilada.

**Intervention 4:** Os dados recolhidos foram posteriormente introduzidos no sistema estatístico SPSS, utilizando os testes de *Chi-square* e *t-test*.



### Clinical outcome measures:

Outcome Description	Scale/measure			
	Grupo Teste - Aromaterapia		Grupo de Controlo	
Comparação da intensidade da dor, antes do início de aromaterapia, aos 30 e aos 60 min após	Antes	6,8	Antes	7,1
	30 min. após	6,6	30 min. após	7,8
	60 min. após	6,9	60 min. após	8,5
APGAR				
1ºminuto	8,75		8,74	
5º minuto	9,97		9,94	

Study Results	
Outcome	<ul style="list-style-type: none"><li>• A randomização foi metodologicamente correta, tendo sido obtidas duas amostras similares, ao nível da idade (média de idade no grupo de teste: 23 anos Vs média de idade no grupo controlo: 22anos) e IG (média de IG no grupo de teste 38s+2d. Vs média de IG no grupo controlo: 29s+1d).</li><li>• A duração do 1º estadio do trabalho de parto (média de grupo de teste: 3,6h Vs média de grupo controlo: 3,9h), não tendo sido encontradas diferenças significativas relativamente: à duração do 2º estadio do trabalho de parto, ao tipo de parto e aos valores de APGAR (1º e 5min).</li><li>• Contudo quando se disponibilizou a utilização da aromaterapia, verificou-se que o grupo de teste apresentava valores da intensidade da VAS significativamente mais baixos aos 30 e aos 60 min, conforme acima apresentado na outcome description</li></ul>

### Author's Conclusions:

- O medo da dor do trabalho de parto é um fator de risco acrescido quer para a mãe como para o feto, pelo stress que causa, podendo aumentar a vasoconstrição generalizada com repercussões para ao nível útero placentar.

- Compreendendo a importância da redução da dor e do medo/ansiedade, a utilização de quaisquer intervenções promotoras de conforto contribuem para ganhos ao nível materno fetal.
- Os resultados do presente estudo revelaram diferenças significativas comparativamente ao alívio da severidade dor, aquando da utilização da aromaterapia, no grupo de teste (aos 30-60min).
- Não existiram diferenças significativas ao nível da duração do 1º e 2º estádios do trabalho de parto, nem dos valores de APGAR, ao 1º e 5º minuto.
- As primíparas do grupo de teste referiram uma experiência de parto mais agradável.

**Comments:**

**JBI Data Extration form for Experimental/Observational Studies**  
**(Apendix 5) - Estudo IX**

**Reviewer:** Almeida, V; Delgado, M.J;

**Date:**16/04/16

**Author:** Burns, E.; Blamey, C.; Ersser, S. ; Barnetson, L.;Lloyd,A.J. **Year:** 2000

**Record Number:**

**Study Method:** RCT ☐ Quasi-RCT ☐ Longitudinal ☐

Retrospective ☒ Observational ☐ Other ☒

**Participants:** As participantes do estudo foram 8058 parturientes.

**Setting:** Este estudo de avaliação, foi realizado num grande Hospital Universitário do Reino Unido – *Oxford Radcliffe Hospital Women´s Centre* (com aproximadamente 6500 partos anuais), no período entre 1990 e 1998.

Com este estudo, os investigadores tinham com o objetivo de examinar a contribuição da aromaterapia na promoção do conforto materno durante o trabalho de parto, como intervenção não farmacológica para melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados pelas EESMO's.

**Population:** Foi disponibilizado informação sobre esta intervenção pelas EESMO's às parturientes na admissão hospitalar, e posteriormente no trabalho de parto, sendo obtido o consentimento informado para a participação no estudo, às mulheres que quiseram realizar aromaterapia.

Não se encontram claramente expressos os critérios de inclusão utilizados no estudo, mas existe referência à indicação para apenas disponibilizar o OE camomila romana em mulheres com antecedentes pessoais de alergias e não utilizar o OE de lavanda em mulheres com asma.

**Sample size:** A amostra do estudo é constituída por 8058 mulheres recrutadas através de uma amostra não probabilística intencional.

## Interventions

**Intervention 1:** A aromaterapia é uma medida não farmacológica disponibilizada às mulheres, no sentido de melhorar sintomas como: a ansiedade, o medo, a dor, as náuseas e/ou vômitos, melhorar a contratilidade e aumentar a sensação de bem-estar.

A aromaterapia foi disponibilizada por um grupo de EEESMO's que efetuou formação e seguiu as *guidelines* disponibilizadas por uma aromaterapeuta, e posteriormente, por uma EEESMO com formação complementar em aromaterapia (apenas após 1997).

Os OE selecionados para o estudo foram dez, respetivamente: a rosa (*Rosa centifolia*), o jasmim (*Jasminum grandiflorum*), a camomila romana (*Chamaemelum nobile*), o limão (*Citrus limonum*), a tangerina (*Citrus reticulata*), a salvia (*salvia sclarea*), o incenso (*Boswellia carteri*), a lavanda (*lavandula angustifolia*) e a hortelã-pimenta (*mentha piperita*).

Todos os OE foram adquiridos numa empresa de aromaterapia com certificação, sendo disponibilizada a análise cromatográfica.

**Intervention 2:** A aromaterapia foi disponibilizada através da utilização de apenas um OE de cada vez. Apesar de ser possível a utilização de sinergias para potenciar os efeitos desejados, esta foi desencorajada no sentido de simplificar a análise dos dados.

**Intervention 3:** Esta intervenção foi realizada através: da inalação (na roupa ou na almofada), da massagem, no banho, no escalda-pés e na lavagem perineal.

## Clinical outcome measures:

Outcome Description	Scale/measure
	<ul style="list-style-type: none"><li>• A estruturação deste estudo foi “desenhada” no sentido de responder às seguintes questões de investigação:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Será que a aromaterapia tem algum impacto clínico (físico/ psicológico) nos cuidados prestados à mulher em trabalho de parto?</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Será a aromaterapia uma medida eficaz na regularização da contratilidade?</li> <li>✓ Será a aromaterapia uma medida eficaz no controlo das náuseas/vómitos nas mulheres em trabalho de parto?</li> <li>✓ Será a aromaterapia é uma opção de cuidados segura?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numa fase inicial foram recolhidos os dados sociodemográficos, história da gravidez (IG. IO, início de trabalho de parto – espontâneo ou induzido, uso de epidural ou outra medicação farmacológica para o controlo da dor...), motivo do uso do OE/método de administração e fase do trabalho de parto em que foi instituído;</li> <li>• Após 1993, foram também avaliadas as mães e as EEESMO's num inquérito acessório, onde se solicitava que quantificassem a efetividade desta intervenção numa escala de Lickert, relativamente ao OE e efeitos.</li> </ul>
--	--

Study Results	
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os dados recolhidos ao longo dos 8 anos do estudo às 8058 mulheres foram utilizados para realizar uma comparação com as mulheres que recorreram a esta maternidade e não receberam esta intervenção (15799).</li> <li>• Da população do estudo 60% das mulheres foram primíparas, sendo as restantes 40% multíparas;</li> <li>• 32% das mulheres realizaram indução do trabalho de parto, tendo 68% iniciado espontaneamente o trabalho de parto;</li> <li>• 60% das mulheres que decidiram realizar aromaterapia estavam em fase ativa do trabalho de parto, sendo que apenas 29% se encontravam numa fase latente;</li> <li>• A aromaterapia foi utilizada: em 61% das mulheres para reduzir o medo e ansiedade, em 7% para aumentar a contratilidade, em 6% para alívio da dor, em 14% para minimizar as náuseas e/ou vómitos e para aumentar a sensação de bem-estar;</li> <li>• Mais de 50% das mulheres consideraram a aromaterapia uma intervenção com ganhos no trabalho de parto e apenas 14% não a considerou benéfica.</li> <li>• Também mais de 50% das EEESMO's consideraram esta intervenção uma mais-valia no trabalho de parto;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 8% das primíparas e 18% das múltiparas que utilizaram aromaterapia não realizaram outros métodos farmacológicos para o alívio da dor/desconforto.</li> <li>• Verificou-se uma redução do uso de peptidina de 6% para 0,2 das mulheres que utilizaram aromaterapia;</li> <li>• Apenas 1% das mulheres referiram sintomas relativamente ao uso dos OE: náuseas, cefaleias, rash cutâneo e rápida progressão do trabalho de parto</li> </ul>
--	---

**Author's Conclusions:** Este estudo representa um exemplo de sucesso relativamente à integração das terapias complementares na prestação de cuidados de enfermagem especializados e uma base para futuros estudos.

**Comments:**

**JBI Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence**  
**(Appendix 10) - Estudo X**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Joseph, Anjali

**Year:** 2006

**Record Number:**

<b>Finding</b>	<p>A visão(luminosidade)é um dos estímulos sensoriais com impato na saúde. Desta forma foi realizada uma revisão da literatura sobre a iluminação natural/artificial como influência nos resultados em saúde, nos contextos da prestação de cuidados, com o objetivo de identificar qual o impacto da luz no funcionamento e saúde humana.</p> <p>Para esta revisão foram consultados artigos de investigação - em medicina, psicologia, arquitetura, ergonomia, artigos científicos de revisão e livros destas áreas. As palavras chave utilizadas foram: luz, iluminação, luz solar, luz natural, hospital, cuidados de saúde, ritmos circadianos, saúde, utentes, enfermeiras e depressão.</p> <p>A iluminação/luminosidade é um fator de grande influencia na saúde, nomeadamente: na capacidade do ser humano em realizar tarefas que necessitem da visão, no controlo do ritmo circadiano, no humor, na percepção, mas também na fisiologia do corpo humano.</p> <p>Os estudos consultados revelam que são necessários níveis de iluminação mais elevados quando existe a necessidade de realização de tarefas de alta complexidade. Com o aumento da idade existe uma deterioração progressiva da capacidade visual, sendo também aqui importante uma maior iluminação.</p> <p>A iluminação controla/influencia de forma determinante o ritmo circadiano. No contexto dos cuidados de saúde é um fator a ter em consideração pois pode apoiar na melhoria da depressão, diminuir o tempo de internamento, ajudar na melhoria do sono/agitação e demência, (consoante os níveis de iluminação utilizados, mais reduzidos no período noturno),</p> <p>Este pode ser também um fator que contribuir para o controlo da dor e para a própria regulação dos ritmos circadianos nos cuidadores.</p> <p>A existência de janelas e possibilidade de regulação da iluminação foi correlacionada com uma maior satisfação de utentes e enfermeiros, no ambiente da prestação de cuidados.</p> <p>A luz solar é utilizada na metabolização da vitamina D e no tratamento da icterícia neonatal.</p>
----------------	---

<b>Illustration from publication (including page number)</b>	<p>Existe forte evidência que a luz é essencial para o funcionamento humano e pode ser extremamente útil para os clientes, mas também para os profissionais de saúde.</p> <p>Uma iluminação adequada é essencial para realizar de forma eficaz tarefas que necessitem de um bom olho clínico (por exemplo cirurgia), podendo uma deficitária iluminação predispor ao erro clínico.</p> <p>As necessidades biológicas de iluminação variam consoante a necessidade de manter ativado o córtex frontal, para executar diversas atividades ou reduzir o seu funcionamento para que o sono e repouso possam ser reparadores. (2006,p.7)</p>
<b>Evidence</b>	<p>Unquivocal: Uma exposição adequada e apropriada à iluminação é essencial para a saúde e bem estar, quer dos clientes como dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde.</p> <p>Uma combinação de luz natural e artificial pode ajudar a satisfazer essas necessidades, A luminosidade natural deve ser considerada no planeamento do design e organização dos serviços de saúde, não apenas pelos ganhos em saúde para o ser humano, mas também na gestão de custos, uma vez que a utilização de luz natural pode reduzir substancialmente os gastos e possibilitar as melhores escolhas ao nível da iluminação.</p>
	<p>Plausible:</p>
	<p>Unsuported</p>
<b>Category</b>	<p>Ao conhecer e compreender a influência da luz no funcionamento humano é possível reconhecer a importância da redução dos estímulos visuais/da luminosidade no parto, como fator que predispõe um aumento do funcionamento da fisiologia do parto – ativação do sistema límbico.</p>



**JB1 Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence**  
**(Appendix 10) - Estudo XI**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Ulrich, Roger

**Year:** 2007

**Record Number:**

<b>Finding</b>	<p>A som, nas suas diferentes manifestações (música, ruído, comunicação), pode influenciar a saúde dos clientes, profissionais de saúde e visitas, tornando o ambiente tranquilizador ou hostil.</p> <p>É um fato conhecido que a grande maioria dos hospitais são ruidosos e excedem os níveis de ruído recomendados pela OM</p> <p>Desta forma foi realizada uma revisão da literatura sobre o impacto dos diferentes aspetos do som- ruído, comunicação e música – nos utentes, e profissionais de saúde com o objetivo de identificar qual o impacto do som e conhecer que estratégias podem apoiar a melhorar o ambiente acústico nos cuidados de saúde.</p> <p>Para esta revisão foram consultados artigos de investigação - em medicina, psicologia, arquitetura, acústica, artigos científicos de revisão e livros destas áreas. As palavras chave utilizadas foram: ruído nos hospitais, sono, privacidade do utente, comunicação inteligente/ comunicação segura saúde, clientes, enfermeiras e depressão.</p> <p>Os hospitais são extremamente ruidosos e os níveis de ruído hospitalar excedem largamente as recomendações da OMS, que sugere uma intensidade de som que não ultrapasse os 35 dB durante o dia e os 30 dB noturnos.</p> <p>Um ambiente com níveis de ruído/som elevados, mas também com períodos de pico ao nível de ruído (por exemplo o ruído na sala de espera das consultas), tem repercussões na saúde dos clientes mas também dos profissionais de saúde que variam desde: alterações no sono, aumento da tensão arterial, exaustão emocional e <i>burnout</i> dos profissionais de saúde.</p> <p>Ambientes com reduzido cuidado acústico podem também colocara confidencialidade dos clientes em risco, se as conversas entre profissionais e doentes ou mesmo entre profissionais de saúde possam ser escutadas por terceiros. Para além deste risco, um ambiente acústico inadequado impede uma comunicação eficaz entre clientes e profissionais e mesmo entre os mesmos o que pode repercutir-se em perda de informação, com risco acrescido para a segurança do utente.</p>
----------------	---

	<p>Um ambiente acústico bem desenhado/estruturado é essencial para minimizar os problemas do ruído e comunicação.</p> <p>Os níveis de ruído podem ser efetivamente reduzidos se existirem quartos individuais e material que absorva o som na estrutura das paredes e teto, mas também através da redução dos níveis de ruído no ambiente. Nestes ambientes a comunicação verbal é facilitada e assegurada a privacidade.</p> <p>Existem inúmeros estudos que demonstram o benefício da utilização da música/musicoterapia como uma medida eficaz na redução da ansiedade e stress dos clientes nos diversos contextos de prestação de cuidados, nomeadamente: trabalho de parto, doentes mentais, pediatria...</p>
<b>Illustration from publication (including page number)</b>	<p>O ruído/som possui um forte impacto na saúde dos clientes e profissionais de saúde e pode repercutir-se de diferentes formas, nomeadamente ao nível do sono, stress, alterações emocionais, podendo atrasar a recuperação dos utentes e condicionar a concentração dos profissionais de saúde.</p> <p>Por outro lado, o uso de alguns tipos de música podem ajudar a reduzir o stress e a ansiedade (2007:11)</p>
<b>Evidence</b>	<p>Unquivocal: O controlo do som/ruído é extremamente importante no contexto da prestação de cuidados pela influência que tem ao nível do sono/repouso, ansiedade/stress, exaustão emocional e <i>burnout</i>.</p> <p>Desta forma, o controlo do som é um elemento crítico no contexto de cuidados e existem diversas estratégias de controlo acústico eficazes que devem ser consideradas de implementar no sentido de reduzir os efeitos negativos do ruído, permitir uma comunicação eficaz e assegurar a confidencialidade.</p>
	Plausible:
	Unsuported
<b>Category</b>	

**JBI Data Extration form for Experimental/Observational Studies**  
**(Apendix 5) - Estudo XII**

**Reviewer:** Almeida, V.; Delgado, M.J.;

**Date:**16/04/16

**Author:** Campos Oliveira, F.L.; Kakehashi, T. Y.; Tsunemi, M. H.; Pinheiro, E.

**Year:** 2011

**Record Number:**

**Study Method:** RCT ☐ Quasi-RCT ☐ Longitudinal ☐

Retrospective ☒ Observational ☐ Other ☒

**Participants:** Os intervenientes presentes no acompanhamento dos 26 partos (21 cesarianas e 5 partos eutócicos), onde foi realizado o registo dos níveis de pressão sonora (NPS), nomeadamente: a parturiente, o acompanhante, o neonato, os profissionais de saúde, os alunos e a investigadora.

**Setting:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, realizado no Brasil, em duas salas do centro obstétrico de um Hospital Universitário de São Paulo, no período de Outubro de 2008 a Julho de 2009 (nos turnos da manhã, tarde e noite de 3<sup>af</sup> a domingo, de acordo com a disponibilidade da investigadora).

Este estudo teve como objetivo de identificar os NPS nas salas de parto e principais fontes de ruído.

O mesmo foi submetido a aprovação da comissão de ética do local onde se realizou o estudo sendo obtida aprovação para a sua realização, sem que se esclarecessem os objetivos do estudo para a equipa do serviço.

**Population:** Não aplicável

**Sample size:** Não aplicável.

## Interventions

**Intervention 1:** O instrumento utilizado para o registro dos NPS foi um dosímetro (marca Quest, modelo Q-400), previamente calibrado pelo INMETRO. O aparelho foi envolvido em espuma e posicionado ao nível da orelha da mãe, por meio de um suporte de soro fixado ao chão, sendo mantido a 1,00 m do piso e a uma distância de aproximadamente 1,60 m da parede, tendo sido programado para registrar NPS entre 40 a 140 decibéis (dB).

**Intervention 2:** Simultaneamente, realizou-se a observação não-estruturada, onde a investigadora registrou num diário de campo os horários e os eventos que produziam ruído.

**Intervention 3:** Considerou-se como início do parto, o momento em que a parturiente era colocada sobre a mesa. Nessa ocasião, a investigadora, ligava o dosímetro e iniciava também os registros das fontes que produzissem ruído. Ambos os registros eram finalizados quando a puérpera deixava a sala.

## Clinical outcome measures:

Outcome Description	Scale/measure
	<ul style="list-style-type: none"><li>Foram realizadas 48 horas e 48 minutos de registros dos NPS e de fontes de ruído, sendo 5 horas e 25 minutos correspondentes a 5 partos normais e as restantes 43 horas e 23 minutos pertencentes às 21 cesarianas;</li><li>O maior número de cesarianas pode dever-se ao fato de este ser um centro preferencialmente para grávidas de risco;</li><li>Os dados do dosímetro foram transferidos para o programa <i>Quest Suit</i> para Excel;</li><li>Os valores médios dos NPSs foram analisados segundo tipo de parto, distintos turnos, número de pessoas presentes no ambiente e presença do recém-nascido na sala de parto;</li></ul>

Study Results	
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos 2.928 minutos de registros dos NPS obtidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 968 minutos ocorreram no turno da manhã (um parto normal e sete cesarianas);</li> <li>✓ 1167 minutos na tarde (quatro partos normais e sete cesarianas);</li> <li>✓ 778 minutos, nos turnos noturnos (sete cesarianas).</li> </ul> </li> <li>• Desses registros, 1136 foram obtidos antes do parto, 363 minutos durante a permanência dos recém-nascidos na sala, e 1429 minutos, após a sua saída;</li> <li>• O tempo de permanência do neonato no interior da sala variou de 7 a 21 minutos e o da parturiente foi de 28 a 120 minutos nos partos normais e de 87 a 187 minutos, nas cesarianas;</li> <li>• Quanto ao tipo de parto, observou-se que os Leq médios entre todos os partos normais e cesarianas foram de <math>69,6 \pm 3,69</math> dBA e de <math>65,4 \pm 2,28</math> dBA, respectivamente. A variação do Leq entre todos os partos estudados foi de 4,2 dBA.;</li> <li>• Antes de o bebê nascer, observou-se que as fontes de ruído mais frequentes foram a conversa da equipe dentro da sala (88,0%), os diálogos estabelecidos entre os profissionais, no corredor do centro obstétrico (25,0%), os alarmes dos equipamentos (25,0%), o arrastar de mesas, escadotes, bancos e equipamentos (21,0%), abrir embalagens de materiais (19,0%) e atrito de instrumentais cirúrgicos (14,4%);</li> <li>• Durante a permanência do RN na sala, as principais fontes de ruído foram: conversa dos profissionais dentro da sala de parto (94,0%), conversas no corredor (17,0%), aspiração da cavidade abdominal da parturiente (16,5%) e atrito de instrumentais cirúrgicos (11,0%);</li> <li>• Após a saída do neonato da sala, as fontes mais frequentes de ruído constituíram-se na conversa dos profissionais no interior da sala (85,0%), diálogos da equipe no corredor (28,0%), atrito de instrumentais cirúrgicos e alarmes de equipamentos (17,0%) e arrastar mesas, escadotes, bancos e equipamentos (13,0%);</li> <li>• Ressalta-se ainda que, geralmente, as portas das salas de parto permanecem abertas durante a realização dos procedimentos.</li> </ul>

**Author's Conclusions:** Todos os resultados encontrados são muito preocupantes, tanto para os RN como para as famílias e profissionais, uma vez que o menor valor de Leq médio foi 64,9 dBA.

Para a compreensão do impacto deste NPS no RN, importa salientar que, dentro do útero, o bebê está exposto a níveis de ruído acima de 50 dB em baixas frequências, com eventuais picos acima de 70 dB, mas a barreira formada pela parede uterina/líquido amniótico, pode reduzir o ruído até 35 dB.

Ainda que a permanência mínima do neonato na sala de parto tenha sido de sete minutos, evidencia-se que a recepção do bebê está inadequada, no que diz respeito ao seu acolhimento, podendo acarretar-lhe consequências fisiológicas e comportamentais no período de transição, que exige um grande esforço adaptativo.

A ansiedade e insegurança são sentimentos comuns às parturientes durante quase toda a gravidez, sendo que perante um ambiente desconhecido e acusticamente inadequado com o da sala de parto, pode prolongar e até mesmo acentuar a instabilidade emocional da mulher.

Ainda, levando-se em consideração os altos NPS obtidos nesse estudo, a permanência da equipe multiprofissional e do alunos, por períodos de seis a 12 horas, no centro obstétrico, poderão causar-lhes inúmeros efeitos negativos como a perda progressiva da audição, alterações na hipertensão arterial, entre outros, para além de pode induzir o profissional à distração e ao erro.

Concluiu-se que:

- a fonte mais frequente de ruído foi diálogo entre profissionais;
- os NPS estão acima dos recomendados pelos órgãos competentes e a principal fonte de ruído está relacionada ao comportamento dos profissionais;
- é importante repensar a conduta nas salas de parto e implementar programas educativos com a finalidade de amenizar o ruído e melhorar a assistência ao neonato/ família e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

**Comments:**

## **APÊNDICE IV**

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO Nº \_\_\_\_

<b>Identificação da Utente</b>	
Nome: _____	Idade: ____ Estado Civil: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____ Raça: _____
Antecedentes pessoais: _____	
Observações: _____	
_____	

<b>Gravidez Atual</b>	
Índice Obstétrico: ____ Gesta: ____ Para: ____ Idade Gestacional: ____ Grupo de Sangue: ____ <input type="checkbox"/>	
Nº de Consultas: ____ Idade Gestacional na 1º consulta: ____ Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	
Patologias diagnosticadas durante a gravidez: Sim <input type="checkbox"/> Qual/quais? _____ Não <input type="checkbox"/>	
Medicação durante a gravidez: _____	
Fez Curso de Preparação Para o Nascimento/Parentalidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tem Plano de Parto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Quais os aspetos expressos no plano de parto:	
Ingesta Hídrica:	Aromaterapia:
Musicoterapia:	Corte Tardio do Cordão Umbilical
Massagem	Contato pele com pele na 1ª h de vida
Deambulação	Aleitamento Materno na 1ª hora de vida
Uso da Bola de Nascimento	
Presença contínua de acompanhante	
Outros:	



Trabalho de Parto e Parto					
Intervenções realizadas pelo EEESMO no bloco de partos	Sim	Não	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<p><b>Conforto Físico</b>  Banho de Chuveiro  Massagens: Local _____  Bola de Parto  Toque Terapêutico  Liberdade de escolha na posição do parto  Monitorização Fetal por telemetria  Outras: _____</p> <p><b>Conforto Ambiental</b>  Ambiente Limpo  Luminosidade Reduzida  Ruído/Musicoterapia  Uso de Aromaterapia:</p> <p>1º Estadio – finalidade:  Reação:  2º Estadio – Finalidade:  Reacção  Privacidade da mulher e acompanhante</p>					

<p>Respeito pelo processo do parto</p> <p><b>Conforto Psicoespiritual:</b>  Respeito por crenças e valores culturais  Apoio da equipa enfermagem  Apoio do acompanhante  Outros:</p> <p><b>Conforto Social:</b>  Presença do acompanhante no trabalho de parto  Apoio ao casal/ díade presente  Promoção do corte do cordão umbilical  Promoção do contato pele com pele  Vinculação com RN</p>					
---	--	--	--	--	--

Data do Parto: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Índice de Apgar: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Tipo de Parto: Eutócico ☐ Distócico: Ventosa ☐ Fórceps ☐ Cesariana ☐  
Sexo: \_\_\_\_ Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Grupo de sangue do Rn: \_\_\_\_ Desconhecido ☐  
Observação física do RN: Sem alterações ☐ Com alterações ☐ Qual/quais? \_\_\_\_\_

**Dados Colhidos no Puerpério Imediato:**

Como vivenciou o trabalho de parto?

Considerou benéfico o uso dos estímulos sensoriais no trabalho de parto?

Se parto anterior, qual a diferença na vivencia?

**Dados Colhidos no Puerpério:**

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Observação:** A: -Alívio; T-Tranquilidade; T- Transcendência;

Notas: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## **APÊNDICE V**

Ao cuidado de Pranarón® Portugal

**Assunto:** Solicitação de Patrocínio Científico

Chamo-me Vanda Sofia Rocha de Almeida e encontro-me a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No 1º ano deste curso, desenvolvi na Unidade Curricular de Opção, um projeto sobre a temática que gostaria de aprofundar no Ensino Clínico de Estágio com Relatório, que decorrerá em contexto de bloco de Partos.

A temática que escolhi para implementar em contexto de bloco de parto foi: **Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto: Contributos do Enfermeiro Especialista para a Promoção de um Ambiente Tranquilo**. Este tema surgiu no contexto do CMESMO, numa perspetiva de prestação de cuidados centrados na mulher/convivente significativo/casal promotores de um ambiente de parto tranquilo e respeitador da fisiologia do nascimento.

A este interesse, acresço como motivação um forte desejo de melhorar o ambiente no bloco de partos/urgência obstétrica, cuja vivência pessoal foi psicologicamente impactante, mas também a possibilidade de utilizar competências pessoais de formação na área da aromaterapia, com utilização quotidiana dos óleos essenciais com ganhos em saúde, como recurso na promoção de um ambiente tranquilo/ intervenção não farmacológica para alívio de desconfortos e promoção do conforto no trabalho de parto conforme o sugerido pelo Projeto da Ordem dos Enfermeiros – Maternidade com Qualidade. Tendo realizado a minha formação de Aromaterapia no Instituto Português de Naturopatia (IPN), com a Dra. Tatiana Brito, tomei conhecimento através da mesma da vossa marca e investimento ao nível da aromaterapia científica pelo que decidi enviar-vos este pedido de patrocínio científico.

Para tal, e como só na véspera do presente Ensino Clínico soube o local de Estágio, necessitei de alguns dias para realizar um diagnóstico de situação e avaliar o material necessário para a sua implementação.

Encontro-me desde o passado dia 6 de Março até 9 de Julho de 2017 a realizar Estágio no Bloco de Partos do Hospital xxx, onde a política institucional é promotora da implementação do PMCQCE da OE “Maternidade com Qualidade”, disponibilizando já aos casais que os procuram: a possibilidade de ingesta hídrica ao longo do trabalho de parto, a possibilidade da permanência contínua de um acompanhante, a liberdade de movimentação no trabalho de parto (CTG com telemetria), o uso de música no trabalho de parto, a massagem e o uso de alívio do desconforto com recurso ao duche.

Neste sentido, quando ao iniciar o presente estágio apresentei junto da chefia e respetiva orientadora o projeto de estágio, houve bastante receptividade por parte destas para o mesmo, encontrando-me a tentar articular com a equipa a realização de formação sobre o mesmo.

A estrutura física do bloco de partos é composta por: uma sala de dilatação com 3 camas, 4 boxes individuais, 2 camas de recobro e 2 salas de bloco operatório.

Assim sendo, e perante a estrutura física encontrada, gostaria de solicitar entre 2 a 4 difusores para que possam no futuro ser utilizados pela equipa, em especial nas boxes individuais e alguns óleos essenciais (OE) para poder utilizar no projeto, nomeadamente: (1) OE *Lavandadula Angustifolia* (promove a analgesia e a tranquilidade, facilitando a respiração), (1) OE *Chamaemelum nobile* (promove a analgesia e reduz a ansiedade), (1) OE Limão / (1) OE Funcho / (1) OE Tangerina (promovem força e vitalidade) e (1) OE Salvia (indicado para o período expulsivo mas nem sempre bem tolerado pelo seu odor intenso).

Irei efetuar uma breve colheita de dados ao nível qualitativo das vivências dos pais, através de entrevistas/notas de campo, que posteriormente apresentarei no relatório de estágio e na defesa do mesmo, os quais vos poderei facultar e possivelmente escrever um artigo científico.

Estando o hospital xxx a realizar um forte investimento na utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto, poderá ser do interesse do hospital no futuro, e uma vez que presentemente a Pranaron®

Portugal tem realizado um forte investimento nas farmácias, adquirir os vossos produtos para dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Desde já agradeço a vossa disponibilidade, estando disponível para reunir convosco ou para quaisquer esclarecimentos adicionais, através dos seguintes contactos:

E-mail: [vandalmeida1@gmail.com](mailto:vandalmeida1@gmail.com);

Telemóveis: 965885946/934828842

Com os melhores cumprimentos

Vanda Almeida

## **APÊNDICE VI**



7º Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
Ensino Clínico III



## ESTÍMULOS SENSORIAIS NO TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TRANQUILO

**Discente:**  
Vanda Sofia Rocha de Almeida, n.º6655  
**Docente Orientadora:**  
Prof.ª. M.ª. Helena Prezado  
**Orientadora:**  
EEESMO Sara Sousa

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2017



### OBJETIVOS

#### GERAL:

- Reconhecer a importância dos estímulos sensoriais para o trabalho de parto.

#### ESPECÍFICOS:

- Reconhecer o parto como um evento natural e fisiológico;
- Identificar os fatores que influenciam o ambiente do parto;
- Informar sobre os estímulos sensoriais e sua aplicação no trabalho de parto;

## SUMÁRIO

- Justificação do Tema da Problemática do Projeto de Estágio
- Fisiologia do Trabalho de Parto
- Fatores que Influenciam o Ambiente do Trabalho de Parto
- Estímulos sensoriais: o que são e seus contributos para o parto
- Pontos chave
- Referências Bibliográficas

## JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA



## FISIOLOGIA DO TRABALHO DE PARTO



## FATORES QUE INFLUENCIAM O AMBIENTE



(Newburn , Mary; Singh, Debbie , 2006;  
Hauck,Y.;Rivers,C., 2008;  
Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S., 2014;  
Stark, M. A.; RemyNSE, M.; Zwelling, E., 2016)

## ESTÍMULOS SENSORIAIS



A evidência científica revela inúmeros benefícios na utilização da aromaterapia no trabalho de parto, nomeadamente: ao nível do alívio da dor, da ansiedade, da melhoria respiratória e das náuseas.

(Buckle *et al*, 2014; Prince *et al*, 2012; Kaviani *et al* 2014).



A evidência caracteriza ruído como um tipo de som desorganizado desagradável, que pode condicionar negativamente a fisiologia do trabalho de parto potenciando o aumento da ansiedade e agitação, reduzindo tolerância à dor (Ulrich, 2007; Oliveira *et al*, 2011)



A evidência científica revela como positiva a possibilidade do controlo, assim como a utilização de luzes com menor intensidade no trabalho de parto, com ganhos para ambos mulher e recém nascido ( Jenkinson *et al*, 2014).

## PONTOS CHAVE

- O hospital é um ambiente desconhecido para a maior parte das mulheres/casais/pessoa significativa com rotinas institucionais nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade da mulher em trabalho de parto, podem aumentar os níveis de stress e ansiedade.
- A utilização dos estímulos sensoriais é uma estratégias não farmacológica para o alívio de desconfortos, com ganhos em saúde na promoção da a fisiologia do parto e manutenção de um ambiente tranquilo.

## GRATA PELA VOSSA PRESENÇA!!!



“Para mudar o  
**mundo,**  
primeiro é preciso  
mudar a forma de  
**nascer**”  
(Michel Odent)

**E-mail:** vand Almeida1@gmail.com

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 6-3-2016, através de: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)
- Buckley, S. (2015). *Access Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, Acedido em 16-04-2016, através de: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CC.NPWF.HPoC.Report.2015.pdf>
- Buckle, J.; Ryan, K.; Chin, B. (2014). Clinical Aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum. *International Journal of Childbirth Education*. 29 (4),21-27.
- Fahy, K. ;Parrat, J. (2004). Creating a 'safe' place for birth: an empirically grounded theory. *New Zealand College of Midwives Journal*. 30, 11-14.
- Harper, B. (1994). *Gentle Birth Choices*. Vermont: Healing Arts Press.
- Hauck, Y.; Rivers, C. (2008). *Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia*. *Midwifery*, 24, 260-270.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ International Confederation of Midwives (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. Acedido a 14-03-2016, através de:  
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Acedido a 8-3-2016, através de:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- ▶ Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S. (2014). *Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design* - Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland, acedido a 14-03-2016, através de:  
[https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451\\_fulltext.pdf](https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451_fulltext.pdf)
- ▶ Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, Loures, Lusodidata.
- ▶ Nacional Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum Care for healthy women and babies - A Clinical Guideline. NICE. Acedido em 15-04-16, Disponível em: [nice.org.uk/guidance/cg190.pdf](http://nice.org.uk/guidance/cg190.pdf)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Within a Woman-Centered Framework, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56, 494-502.
- ▶ Stark, M.; Remyne, M.; Zwelling, E. (2016) Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN*, 45, 285-294. Newburn, Mary, Singh, Debbie (2006). Feathering the nest: what women want from the birth environment. *MIDWIVES*, 9 (7), 266-269.
- ▶ Oliveira, F. L. C.; Kakehashi, T. Y.; Tsunemi, M. H.; Pinheiro, E.M. (2011). Nível de Ruído em Sala de Parto. *Contexto de Enfermagem de Florianópolis*, 20 (2), 287-293.
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ▶ Kaviani, Maasumeh, Azima, S.; Alavi, N.; Tabaei, M. H. (2014). The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*, Vol.22(2), 125-128.
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.
- ▶ Price, S.; Price, L. (2012). *Aromatherapy for Health Professionals*. 4º Edition. Churchill Livingstone. 396p.
- ▶ Sheehy, A.; Foureur, M.; Catling-Paul, C.; Homer, C. (2011) Examining the Content Validity of the Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Taghizadeh, Z.; Mohammad, A.; K.; Alireza, A.; Irajpour Lopez, V. (2015) Iranian mother's perceptions of the impact of the environment on psychological birth trauma: a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice Iran*, 21(Suplement 2), 48-66.
- ▶ The National Childbirth Trust (2005) *Creating a Better Birth Environment*. Acedido em:16-03-16, disponível em: [https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related\\_documents/Are%20women%20getting%20the%20birth%20environment%20they%20need%20-BBE%20analysis%20%281%20June%2005%29\\_0.pdf](https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Are%20women%20getting%20the%20birth%20environment%20they%20need%20-BBE%20analysis%20%281%20June%2005%29_0.pdf)
- ▶ The Royal College of Midwives (2012). Evidence Based Guideline for Midwifery- Led Care in Labour: Birth Environment. Acedido em:16-03-16, disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20Environment.pdf>
- ▶ Walsh, D., (2007) *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. London: Routledge.196.
- ▶ Ulrich, R.; Joseph, A. (2007). Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings. The Center for Health Design.

## GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!!!



“Para mudar o  
**mundo**,  
primeiro é preciso  
mudar a forma de  
**nascer**”  
(Michel Odent)

**Contatos:**

[mjdelgado@esel.pt](mailto:mjdelgado@esel.pt)

[vanda.almeida@campus.esel.pt](mailto:vanda.almeida@campus.esel.pt)

## **APÊNDICE VII**



7º Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
Ensino Clínico/Unidade Curricular Estágio com Relatório



## **ESTÍMULOS SENSORIAIS NO TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TRANQUILO**

**Discente:**

Vanda Sofia Rocha de Almeida, n.º6655

**Docentes Orientadoras:**

Profª. Mª. Anabela Ferreira dos Santos

Profª. Mª. João Delgado

**Orientadora:**

EEESMO Célia Silva

Lisboa, 9 de Maio de 2017



### **OBJETIVOS**

#### **GERAL:**

- Reconhecer a importância dos estímulos sensoriais para o trabalho de parto.

#### **ESPECÍFICOS:**

- Reconhecer o parto como um evento natural e fisiológico;
- Identificar os fatores que influenciam o ambiente do parto;
- Relembrar conhecimentos sobre a utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto;
- Conhecer os princípios sobre o uso da aromaterapia no trabalho de parto.

## SUMÁRIO

- Justificação do Tema da Problemática do Projeto de Estágio
- Fisiologia do Trabalho de Parto
- Fatores que Influenciam o Ambiente do Trabalho de Parto
- Estímulos sensoriais: o que são e seus contributos para o parto
- Aromaterapia no Trabalho de Parto
- Modelo de Enfermagem - Teoria de Katharine Kolcaba
- Pontos chave
- Referências Bibliográficas

## JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA



## FISIOLOGIA DO TRABALHO DE PARTO



## FATORES QUE INFLUENCIAM O AMBIENTE



(Newburn , Mary; Singh, Debbie , 2006;  
Hauck,Y.;Rivers,C., 2008;  
Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S., 2014;  
Stark, M. A.; RemyNSE, M.; Zwelling, E., 2016)

## FATORES QUE INFLUENCIAM O AMBIENTE



## ESTÍMULOS SENSORIAIS



A evidência científica revela inúmeros benefícios na utilização da aromaterapia no trabalho de parto, nomeadamente: ao nível do alívio da dor, da ansiedade, da melhoria respiratória e das náuseas.

(Buckle *et al*, 2014; Prince *et al*, 2012; Kaviani *et al* 2014).



A evidência caracteriza ruído como um tipo de som desorganizado desagradável, que pode condicionar negativamente a fisiologia do trabalho de parto potenciando o aumento da ansiedade e agitação, reduzindo tolerância à dor (Ulrich, 2007; Oliveira *et al*, 2011)



A evidência científica revela como positiva a possibilidade do controlo, assim como a utilização de luzes com menor intensidade no trabalho de parto, com ganhos para ambos mulher e recém nascido ( Jenkinson *et al*, 2014).

## AROMATERAPIA NO TRABALHO DE PARTO

- A aromaterapia consiste na utilização das propriedades dos óleos essenciais (OE) com fins terapêuticos.
- A aromaterapia pode ser aplicada:
  - **Via interna:** oral (1 gota diluída sobre açúcar, mel ou pão), retal ( diluir os OE numa base vegetal e introduzir por enema) ou vaginal ( diluídos numa solução aquosa);
  - **Simpaticoterapia endonasal:** diluir uma gota de OE num stick de ponta redonda e/ou cotonete e introduzir na cavidade nasal, tipo vic;
  - **Via externa:** massagem/reflexologia (utilização de um óleo de massagem com OE e aplicação cutânea), difusão atmosférica/inalação (colocar algumas gotas do OE em água corrente ou a ferver) e escalda pés.

## AROMATERAPIA NO TRABALHO DE PARTO

- Alguns dos óleos essenciais passíveis de serem utilizados no trabalho de parto são:
  - **Lavanda (*Lavanda augustifolia*):** um dos OE mais utilizados em aromaterapia pela multiplicidade de aplicações, nomeadamente como calmante, antidepressivo, analgésico, antisséptico...entre outros. Durante o parto a lavanda melhora respiração, diminui a perceção da dor, acalma a mãe, apoia no período expulsivo e purifica o ar (Buckle *et al*, 2014; Zen *et al*, 2014;);
  - **Tangerina (*citrus reticulata*):** este OE é extremamente útil no trabalho de parto pelas suas propriedades calmantes, analgésicas e tonificantes. Apoia a melhorar o ânimo e promove sentimentos de alegria e esperança (Regalia *et al*, 2007; Zeng *et al*, 2014);



## AROMATERAPIA NO TRABALHO DE PARTO

- **Camomila Romana (*Arthemis nobilis*):** este OE possui ação anti inflamatória, calmante digestiva e anti séptica. Poderá ser útil em parturientes com dificuldade em lidar com os medos do parto. Elimina a tensão, a raiva (Buckle *et al*, 2014);
- **Funcho (*Foeniculum vulgare*):** este OE possui propriedades anti-inflamatórias, digestivas, expetorantes, diuréticas, circulatórias, entre outras. Ao nível do sistema nervoso, dá força e coragem e acalma. Muito útil na estimulação do leite materno, devendo ser usado com moderação.
- **Palmarosa (*cymbopogon martini*):** este OE apresenta um aroma doce a rosas. Possui propriedades antissépticas, bactericidas, cicatrizantes, estimulante, tonificante... No trabalho de parto é extremamente útil pois é tónico uterino.
- **Rosa e Jasmim:** são dos melhores OE para o período expulsivo, dequitação e prevenção da depressão pós parto. São contudo extremamente dispendioso derivado pelos métodos usados na sua produção, pelo a sua relação custo benefício pesa na escolha dos mesmo ((Buckle *et al*, 2014);



## MODELO DE ENFERMAGEM TEORIA DE KATHARINE KOLCABA

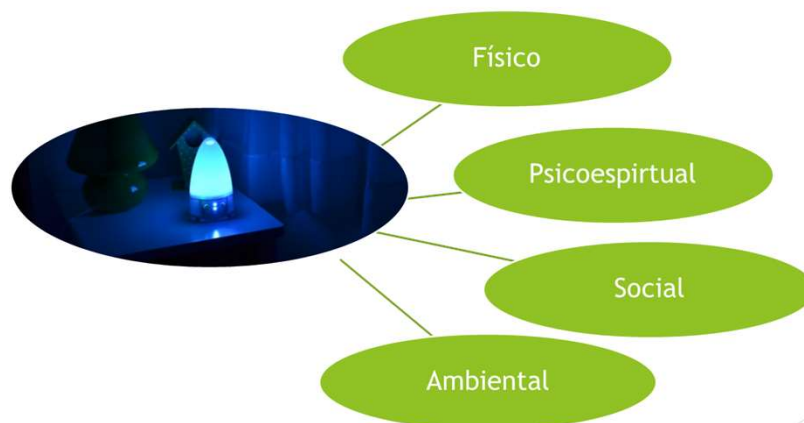
### MODELO DE ENFERMAGEM DE KOLCABA:

“A pessoa completa consiste numa vida espiritual, mental e emocional que está intimamente ligada ao seu corpo físico”  
(Kolcaba, 2003)





## MODELO DE ENFERMAGEM TEORIA DE KATHARINE KOLCABA (CONT.)



## PONTOS CHAVE

- O hospital é um ambiente desconhecido para a maior parte das mulheres/casais/pessoa significativa com rotinas institucionais nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade da mulher em trabalho de parto, podem aumentar os níveis de stress e ansiedade.
- Reconhecendo que existem fatores ambientais que não podemos modificar, podemos sempre recorrer à utilização dos estímulos sensoriais e estratégias não farmacológicas para o alívio de desconfortos, com objetivo de promover um ambiente tranquilo e facilitar a fisiologia do parto.

## GRATA PELA VOSSA PRESENÇA!!!



“Para mudar o  
**mundo**,  
primeiro é preciso  
mudar a forma de  
**nascer**”  
(Michel Odent)

**E-mail:** vand Almeida1@gmail.com

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckley, S. (2015). *Access Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, Acedido em 16-04-2016, através de: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CC.NPWF.HPoC.Report.2015.pdf>
- Buckle, J.; Ryan, K.; Chin, B. (2014). Clinical Aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum. *International Journal of Childbirth Education*. 29 (4),21-27.
- Fahy, K. ;Parrat, J. (2004). Creating a 'safe' place for birth: an empirically grounded theory. *New Zealand College of Midwives Journal*. 30, 11-14.
- Harper, B. (1994). *Gentle Birth Choices*. Vermont: Healing Arts Press.
- Hauck, Y.; Rivers, C. (2008). *Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia*. *Midwifery*, 24, 260-270.
- Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S. (2014). *Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design* - Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland, acedido a 14-03-2016, através de: [https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451\\_fulltext.pdf](https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451_fulltext.pdf)





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, Loures, Lusodidata.
- ▶ Stark, M.; Remyne, M.; Zwelling, E. (2016) Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN*, 45, 285-294. Newburn, Mary, Singh, Debbie (2006). Feathering the nest: what women want from the birth environment. *MIDWIVES*, 9 (7), 266-269.
- ▶ Oliveira, F. L. C.; Kakehashi, T. Y.; Tsunemi, M. H.; Pinheiro, E.M. (2011). Nível de Ruído em Sala de Parto. *Contexto de Enfermagem de Florianópolis*, 20 (2), 287-293.
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ▶ Kaviani, Maasumeh, Azima, S.; Alavi, N.; Tabaei, M. H. (2014). The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*, Vol.22(2), 125-128.
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.
- ▶ Price, S.; Price, L. (2012). *Aromatherapy for Health Professionals*. 4º Edition. Churchill Livingstone. 396p.
- ▶ Sheehy, A.; Foureur, M.; Catling-Paul, C.; Homer, C. (2011) Examining the Content Validity of the Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Taghizadeh, Z.; Mohammad, A.; K.; Alireza, A.; Irajpour Lopez, V. (2015) Iranian mother's perceptions of the impact of the environment on psychological birth trauma: a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice Iran*, 21(Suplement 2), 48-66.
- ▶ The National Childbirth Trust (2005) *Creating a Better Birth Environment*. Acedido em:16-03-16, disponível em: [https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related\\_documents/Are%20women%20getting%20the%20birth%20environment%20they%20need%20-BBE%20analysis%20281%20June%2005%29\\_0.pdf](https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Are%20women%20getting%20the%20birth%20environment%20they%20need%20-BBE%20analysis%20281%20June%2005%29_0.pdf)
- ▶ The Royal College of Midwives (2012). Evidence Based Guideline for Midwifery- Led Care in Labour: Birth Environment. Acedido em:16-03-16, disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20Environment.pdf>
- ▶ Walsh, D., (2007) *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. London: Routledge.196.
- ▶ Ulrich, R.; Joseph, A. (2007). Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings. The Center for Health Design.

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!!!



“Para mudar o  
**mundo,**  
primeiro é preciso  
mudar a forma de  
**nascer**”  
(Michel Odent)

**Contatos:**

[vanda.almeida@campus.esel.pt](mailto:vanda.almeida@campus.esel.pt)

[vandalmeida1@gmail.com](mailto:vandalmeida1@gmail.com)

## **APÉNDICE VIII**

## ESTÍMULOS SENSORIAIS

- O trabalho de parto e o parto são processos naturais da reprodução humana, contudo, únicos para cada mulher/casal/família.
- O ambiente no qual a mulher vivencia o parto pode influenciar de forma determinante a experiência de parto e consequentemente o seu bem-estar (Hodnett, 2012; Simkin, 2013).
- Existem inúmeros fatores que influenciam o trabalho de parto, nomeadamente: o passageiro (o bebé), a passagem (canal de parto), a posição da mãe (deitada ou com liberdade de movimentos), as forças (contrações uterinas e esforços) e as reações psicológicas (Lowdermilk & Perry, 2008). A acrescer a estes fatores podemos igualmente considerar a importância do ambiente (estrutura física e humana) e a resposta fisiológica hormonal do nascimento (Buckley, 2015).
- Desta forma se compreende que a promoção de um ambiente tranquilo (pautado pela redução da luminosidade, ruído, privacidade, presença do acompanhante, apoio contínuo...), com recurso aos estímulos sensoriais (audição, visão e olfato), contribui para a fisiologia do nascimento, pois promove o conforto e entrega da mulher ao trabalho de parto.

## BLOCO DE PARTOS—XXX.

- O nascimento é um momento único e irrepetível para cada mulher/casal/família.
- Desta forma, a nossa atuação encontra-se direcionada no sentido de promover o conforto da grávida/casal ao longo do trabalho de parto, nomeadamente através da utilização dos estímulos sensoriais no trabalho de parto



Morada:

xxxx

xxxx

|

Tel.: (+351) xxxxxxxx

Fax: (+351) )xxxxxxxx

E-mail: através da página de Web do xxxx

Estágio com Relatório do 7ºCMESMO

Docente ESEL: M<sup>ra</sup>. Anabela Ferreira dos Santos

Orientadora :EEESMO Célia Silva

Discente: EE CMESMO Vanda Almeida (nº6655)



## BLOCO DE PARTOS

Hospital xxx

## Estímulos Sensoriais no Trabalho de Parto



xxxx, 2017

## Luminosidade



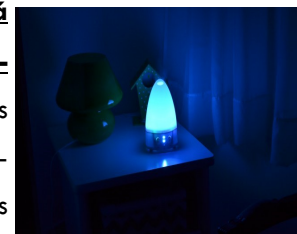
- A iluminação é essencial para o funcionamento humano pois esta: melhora a nossa capacidade de visão e desempenho de tarefas do quotidiano; controla os ritmos circadianos; interfere no humor e na percepção; e promove o desempenho de inúmeras reações químicas do corpo humano (Boyce, Hunter, & Howlett, 2003).
- A evidência científica consultada aponta para a possibilidade de existir um controlo sobre a iluminação da sala de parto, utilizando-se **sempre que possível**, luzes com menor intensidade, com ganhos em saúde para a mulher/RN na sua adaptação ao meio extra uterino.
- Desta forma, **sempre que possível**, e que este seja o vosso desejo poderão **solicitar a redução da luminosidade no trabalho de parto** e parto, fazendo recurso à luminosidade natural diurna e à luz ténue no período noturno.

## Ruído/Som

- O ruído, é uma das principais preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) pelos riscos que acarreta ao nível da saúde, podendo causar lesões físicas, e predispor a alterações psíquicas e comportamentais.
- A OMS recomenda preconiza níveis de ruído [um nível de pressão sonora equivalente (Leq) que representa a média da energia sonora durante um intervalo de tempo] de 45 decibéis (dB) para o hospital.
- Os estudos consultados apontam para valores entre os 65-75dB, ao nível hospitalar.
- Consequentemente este impacto estender-se-á ao RN, ao transitar de um ambiente intrauterino (em que o útero e o líquido amniótico podem reduzir a passagem de som em 35 dB), para um meio extrauterino com valores a rondar os 65 a 75 dB (Oliveira, Kakehashi, Tsunemi & Pinheiro, 2011).
- Desta forma, os estudos consultados sugerem: um maior isolamento de ruídos na sala de partos, a **utilização da música em todas as salas de parto, com possibilidade deste ser fornecida pelo ambiente ou em headphones**.
- Desta forma poderá trazer a sua música em CD/pen, e tornar ainda mais especial o momento do parto.

## Olfato

- O olfato é um dos primeiros sentidos a ser desenvolvido no ventre materno. A pesquisa demonstra que os bebés conseguem identificar a mãe odor experienciado no útero.
- Os estudos consultados (Buckle *et al*, 2014; Prince *et al*, 2012; Kaviani *et al* 2014), demonstram que existe uma profunda relação entre os estados emocionais e o odor, compreendendo-se assim que alguns aromas consigam ser tranquilizantes em momentos de stress, como os existentes no trabalho de parto e parto,.
- Os mesmos estudos suportam **o uso da aromaterapia com ganhos em saúde**, ao nível da redução da percepção da dor, ansiedade, melhoria na respiração, redução das náuseas, promoção do relaxamento, entre outros.
- A aromaterapia consiste na utilização de óleos essenciais com fins terapêuticos.
- Desta forma, **poderá solicitar o uso de aromaterapia**, com alguns dos nossos óleos essenciais (OE) e/ou trazer os seus próprios OE.
- **Temos ao vosso dispor os OE de: camomila, lavanda, funcho, limão, tangerina e palmarosa**.



## **APÉNDICE X**

## O QUE É A AROMATERAPIA?

- A aromaterapia consiste na utilização de óleos essenciais (OE) com fins terapêuticos.

## ÓLEOA ESSENCIAIS—O QUE SÃO?

- Os OE são substâncias aromáticas que a planta segrega nos seus órgãos produtores, encontrados nas flores, ervas, frutas e especiarias, com aplicação na culinária, indústria cosmética e fitoterapia
- Um OE **não contém nenhum corpo gorduroso**, sendo unicamente constituído por **moléculas aromáticas voláteis**.
- Cada gota de OE corresponde a 100g de planta, pelo que a utilização da aromaterapia deve ser utilizada com as devidas precauções.

## COMO ACTUA A AROMATERAPIA?

- Os óleos essenciais penetram no corpo de várias maneiras. São absorvidos pela pele (via externa, por exemplo através da massagem, reflexologia, escalda pés), passando para o sistema circulatório. Também podem ser inalados, passando para a corrente sanguínea pelos pulmões ou fazendo com que os sinais sejam transmitidos pelo sistema nervoso diretamente para o sistema límbico.
- Podem também ser ingeridos (via oral ou vaginal), com uso do meio de condução do OE (base vegetal, manteigas, mel ou pão).

## COMO USAR?

- Propor a utilização da aromaterapia em difusão à mulher/casal/família, de acordo com a sua preferência.
- Preencher o dispositivo de difusão até 100cc de água (até à marca)
- Colocar entre 6 a 8 gotas no difusor, validando a possibilidade de interromper o seu uso se desagradado da família.
- Ligar à corrente.
- Registrar o conforto obtido com o uso desta medida de alívio da dor/desconforto não farmacológica, na folha da qualidade da mulher/RN.
- No término do uso, despejar a água e limpar o interior do difusor com compressas em álcool.

### BLOCO DE PARTOS

Morada:

xxx

xxxx

I

Tel.: (+351) xxxxxxx

Fax: (+351) 2xxxxxx

E-mail: através da página de Web do xxx

Estágio com Relatório do 7ºCMESMO

Docente ESEL: M<sup>o</sup> Anabela Ferreira dos Santos

Orientadora :EEESMO Célia Silva

Discente: EE CMESMO Vanda Almeida (nº6655)

# Aromaterapia no Trabalho de Parto



BLOCO DE PARTOS

Hospital xxx



XXX, 2017



# Aromaterapia no trabalho de Parto



- O olfato é um dos primeiros sentidos a ser desenvolvido no ventre materno. A pesquisa demonstra que os bebés conseguem identificar a mãe odor experienciado no útero.
- Os estudos consultados (Buckle *et al*, 2014; Prince *et al*, 2012; Kaviani *et al* 2014), demonstram que existe uma profunda relação entre os estados emocionais e o odor, compreendendo-se assim que alguns aromas consigam ser tranquilizantes em momentos de stress, como os existentes no trabalho de parto e parto,.
- Os mesmos estudos suportam o uso da aromaterapia com ganhos em saúde, ao nível da redução da perceção da dor, ansiedade, melhoria na respiração, redução das náuseas, promoção do relaxamento, entre outros.

## Indicações Terapêuticas:

- **Lavanda (*Lavanda augustifolia*):** um dos OE mais utilizados em aromaterapia pela multiplicidade de aplicações, nomeadamente como calmante, antidepressivo, analgésico, antisséptico...entre outros. Durante o parto a lavanda melhora respiração, diminui a perceção da dor, acalma a mãe, apoia e purifica o ar (Buckle *et al*, 2014; Zen *et al*, 2014;;)
- **Tangerina (*citrus reticulata*):** este OE é extremamente útil no trabalho de parto pelas suas propriedades calmantes, analgésicas e tonificantes. Apoia a melhorar o ânimo e promove sentimentos de alegria e esperança
- **Limão (*citrus limon*):** este OE é possui propriedades anti inflamatórias, antibacterianas e tonificantes. Apoia a melhorar o ânimo e devolvendo força e vitalidade de um espírito negativo.
- **Camomila Romana (*Arthemis nobilis*):** este OE possui ação anti inflamatória, calmante digestiva e anti séptica. Poderá ser útil em parturientes com dificuldade em lidar com os medos do parto. Elimina a tensão, a raiva (Buckle *et al*, 2014);



- **Funcho (*Foeniculum vulgare*):** este OE possui propriedades anti-inflamatórias, digestivas, expetorantes, diuréticas, circulatórias, entre outras. Ao nível do sistema nervoso, dá força e coragem e acalma. Muito útil na estimulação do leite materno.
- **Palmarosa (*cymbopogon martini*):** este OE apresenta um aroma doce a rosas. Possui propriedades antissépticas, bactericidas, cicatrizantes, estimulante, tonificante. É extremamente útil no trabalho de parto, pois é um tónico uterino.

## Como utilizar os OE?

- Dependendo da via de administração assim necessitamos de utilizar um condutor, nomeadamente uma base vegetal, que poderá ser um óleo vegetal (como o azeite, óleo de coco,...)ou uma manteiga vegetal (como de coco, karité ou cacau).
- Também na compra do OE. devemos considerar a aplicação terapêuticas óleos de 1ª pressão a frio, agricultura biológica e sem parabenos.
- Fechar bem a tampa do OE?. usado no sentido de minimizar fugas aéreas ( devido à volatilidade).



## **APÊNDICE IX**

## A Influência do ambiente no trabalho de parto: A Scoping Review

Almeida, V.<sup>1</sup>; Delgado, M.J.<sup>2</sup>; Ferreira dos Santos, A.F.<sup>3</sup>

### Background

O trabalho de parto e o parto são processos naturais da reprodução humana, contudo, singulares para cada mulher.

O ambiente no qual a mulher vivencia o parto pode influenciar de forma determinante a experiência de parto e consequentemente o seu bem-estar global. O hospital é um ambiente desconhecido com rotinas institucionais nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade da grávida/casal/conviniente significativo em trabalho de parto.

Os EEESMO, devem reconhecer a importância desta problemática e as suas repercussões na saúde da mulher/casal/RN/sociedade.

### Palavras Chave

Ambiente do nascimento, Trabalho de parto, Nascimento, Mulher.

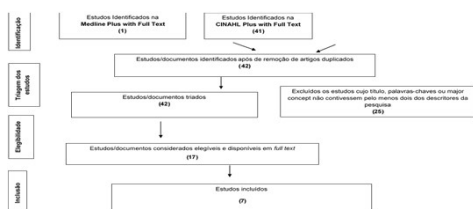
### Questão de Investigação

Qual a influência do ambiente no trabalho de parto?

A formulação da questão de investigação foi efetuada segundo o plano (background question) tipo PCC (População, Contexto, Conceito), em que a PCC criada é composta por:

- **População:** parturientes;
- **Conceito:** ambiente do parto;
- **Contexto:** - não aplicável;

Figura 1. Diagrama Prisma 2009 (search strategy decision tree template, JBI)



### Objetivo

➔ Aprofundar conhecimentos sobre a influência do ambiente no contexto do trabalho de parto.

### Metodologia

➔ Revisão da literatura de acordo com as orientações para Scoping Review do Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)

### Critérios de Inclusão

- **Tipo de participantes:** Parturientes (mulheres em trabalho de parto, de qualquer faixa etária, cultura ou etnia).
- **Conceito:** Ambiente do trabalho de parto (corresponde aos fatores presentes no local onde decorre o trabalho de parto/parto, com influência na fisiologia do trabalho de parto).
- **Contexto:** não aplicável (hospital, domicílio e centros de nascimento);

- **Tipo de Estudos (fontes de informação):** estudos realizados a partir de 2000, preferencialmente estudos primários, secundários, revisões da literatura, artigos de peritos e guidelines.

### Estratégia de Pesquisa

- A pesquisa foi efetuada entre 17 de Março e 16 de Abril de 2016, na plataforma EBSCO Host e motor de busca GOOGLE, de acordo com os três passos definidos pelo protocolo do Joanna Briggs Institute (JBI, 2015).
- Privilegiou-se a utilização de descritores que estivessem indexados nas bases de dados como *major concept* e na sua ausência, do termo natural. Os descritores utilizados foram: ["health facility environment (MM)" or "birth environment"] and ["labour(MM)" or "birth" or "childbirth(MM)"] and ["woman(MM)" or "female(MM)"].
- Foram selecionados os estudos que cumprissem os critérios de inclusão e que incluíssem os termos da pesquisa no título, palavras-chave e no caso de interesse, aferindo a presença dos termos de indexação como *major* ou *minor headings* aquando a seleção para análise (figura 1).
- Foram excluídos artigos que não estivessem em língua inglesa, português ou espanhol e utilizado o software de referência Mendeley®, para identificação de estudos duplicados.

### Exatidão de dados

- Realizada com recurso aos instrumentos de extração de dados do Joanna Briggs Institute (2015), nomeadamente: o JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies, o JBI Data Extraction Template for Qualitative Evidence e o JBI Extraction of Study Findings Template - for Qualitative Evidence.
- Todos os estudos demonstraram ter boa qualidade metodológica, não se verificando divergências na opinião das autoras

Apresentação de Resultados	Nº Artigo	Título	Autores	Tipo de estudo Objetivo	Ano de Publicação /Local/Base de Dados
• Foram considerados elegíveis para a presente <i>scoping</i> um total de 7 estudos, dos quais três apresentam metodologia qualitativa exploratória, um estudo com uma abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa), um estudo secundário de metodologia quantitativa e duas revisões da literatura. • Não foi encontrado nenhum estudo a nível nacional, estando todos os estudos selecionados disponíveis em língua inglesa	1	Feathering the nest: what women want from the birth environment	Newburn, Mary Singh, Debbie	Estudo quantitativo - estudo Secundário referente à análise dos dados de Surveys de 2003 e 2005 realizados pelo NCT, com o objetivo principal de: conhecer o que as mulheres desejam e necessitam no ambiente de trabalho de parto.	2006 Midwives - The Official Journal of the Royal College of Midwives
	2	Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth	Stark, Mary Ann Remyne, Marche Zwelling, Elaine	Revisão da literatura sobre os ambientes de parto disponíveis nos países desenvolvidos com o objetivo de: descrever qual a influência do ambiente na fisiologia do trabalho de parto (com especial atenção ao apoio na gravidez de baixo risco).	2016 JOGNN EUA Medline
	3	Iranian mother's perceptions of the impact of the environment on psychological birth trauma: a qualitative study	Taghizadeh, Ziba Mohammad, Arbabi Kazemnejad, Anoshirvan Alireza, Irajpour Lopez, Violeta	Estudo qualitativo realizado com o objetivo de: Explorar o impacto do ambiente no trauma psicológico do parto (do ponto de vista das mães iranianas).	2015 International Journal of Nursing Practice Iran CINAHL
	4	Creating a 'safe' place for birth: an empirically grounded Theory	Fahy, Kathleen Parrrat, Jenny	Estudo qualitativo com base na <i>grounded theory</i> realizado no sentido de aprofundar conhecimentos sobre quais os aspetos do ambiente que contribuem para um parto seguro que devem ser alvo de análise e implementação na conduta do modelo de parceria das EEESMO, partindo do ponto de vista das mulheres.	2004 New Zealand College of Midwives Journal New Zealand CINAHL
	5	Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia	Hauck, Yvonne Rivers, Catherine	Estudo qualitativo exploratório, no sentido de compreender as vivências das mulheres que utilizaram a sala de <i>snoezelen</i> durante o trabalho de parto, com a finalidade de identificar os fatores facilitadores e obstáculos associados ao uso deste ambiente.	2008 Midwifery Austrália CINAHL
	6	Examining the Content Validity of the Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool Within a Woman-Centered Framework	Sheehy, Annabel Fourer, Maralyn Catling-Paul, Christine Homer, Caroline	Estudo com metodologia mista, aplicação da escala de BUDSET (metodologia quantitativa), seguida da realização de entrevistas em profundidade (metodologia qualitativa) com o objetivo de: explorar a percepção das suas experiências sobre a sua expectativa ou experiência de parto	2011 Journal of Midwifery & Women's Health Austrália CINAHL
	7	Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design	Jenkinson, Bec Josey, Natalie Kruske, Sue	Revisão da literatura/guideline de recomendação sobre os diversos ambientes de parto revelando os aspetos que foram identificados como benéficos para a redução do stress da grávida, facilitadores da fisiologia do trabalho de parto/parto e promotores de um ambiente seguro e satisfatório	2014 Queensland Centre for Mothers & Babies Austrália GOOGLE

### Discussão

- Na tentativa de descrever a experiência das mães sobre a influência do ambiente no parto, foram identificados quatro temas centrais, nos estudos selecionados, respetivamente: o **ambiente não humano**, o **ambiente humano**, o **local do nascimento** e a **fisiologia do trabalho de parto**.
- A subdivisão do tema ambiente, em **ambiente humano** e **ambiente não humano**, surgiu da análise dos estudos, nomeadamente nos estudos 2 e 3, que referem que o ambiente do parto não é apenas a estrutura física ou local mas também a cultura de cuidados disponibilizada pelos profissionais.
- O sub tema **ambiente humano** refere-se sobretudo à interação entre as mulheres/casal/conviniente significativo e os profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto, tendo sido referido como um fator *major* para o trauma do nascimento. Os estudos selecionados são consensuais em realçar a importância do apoio contínuo no trabalho de parto e parto, revelando estas mulheres menores índices de cesarianas e maior satisfação com a sua experiência de parto. Recomendamos igualmente que os profissionais de saúde identifiquem e conheçam as questões culturais inerentes às mulheres/famílias a quem prestam cuidados no sentido de lhes poder disponibilizar o apoio de acordo com as suas crenças e hábitos culturais (estudo 7).
- Já o sub tema **ambiente não humano**, encontra-se presente em todos os estudos selecionados, sendo que a abordagem sobre os diferentes fatores que podem influenciar no trabalho de parto é maioritariamente qualitativa. A análise dos mesmos permitiu identificar 15 itens passíveis de apoiar ou condicionar o trabalho de parto, nomeadamente: a privacidade, a cama, o acesso à imersão em água, o acesso ao duche, boas condições sanitárias, iluminação artificial/natural(janelas), temperatura, ruído, decoração (mobiliário e equipamento), possibilidade/espaco para deambulação, elementos da natureza na sala de parto, acesso ao exterior, utilização de estímulos olfativos e possibilidade de ter consigo itens pessoais.
- O tema **local do parto** é um dos elementos com maior influência no ambiente promovido no trabalho de parto. Os estudos selecionados são consensuais em afirmar que a escolha do local de parto é um direito da mulher/conviniente significativo/casal. Este deverá ser encarado pela mulher como securizante (relativamente ao conforto e apoio disponibilizados) e seguro para a diade grávida/RN, existindo ganhos e riscos em cada um dos locais possíveis - domicílio, centros de parto e hospital.
- O tema **fisiologia do trabalho de parto**, encontra-se presente de forma subjacente em todos os estudos consultados. Ainda assim importa realçar alguns dos dados do estudo 2: o ambiente de parto pode apoiar ou dificultar a fisiologia do nascimento; um ambiente tranquilo, reduz o stress e promove a fisiologia do parto; a transição de uma filosofia de cuidados centrados no médico para um modelo de cuidados centrado na família, encarando o nascimento como um processo fisiológico, sensível às necessidades da mulher e envolvimento da sua família /conviniente significativo no apoio durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, influencia positivamente a experiência do nascimento.

### Conclusão

- O ambiente do parto influencia de forma determinante a experiência de parto da mulher/casal/conviniente significativo, pelo que o apoio e cuidado disponibilizados pelos EEESMO devem ter em consideração que, qualquer que seja o ambiente escolhido para o parto, existem sempre intervenções autónomas que podem contribuir de forma determinante para esta experiência, nomeadamente: comunicação permanente com a mulher/casal, intervenções não farmacológicas no alívio da dor, minimização de estímulos do ambiente e presença do conviniente significativo.

### Referências Bibliográficas:

- Griffiths, Christine M., Harrison, Margaret B. (2016). Can Supplemental. 6/20. Quer e Joanna Briggs Collaborators. A peer-reviewed collaboration for synthesis of evidence in Evidence Based Health. Quer e Joanna Briggs Collaborators. A. 1, 22.
- Griffiths, Christine M., Harrison, Margaret B., Quer e Joanna Briggs Collaborators. A peer-reviewed collaboration for synthesis of evidence in Evidence Based Health. Quer e Joanna Briggs Collaborators. A. 1, 22.
- Fahy, K., Parrrat, J. (2004) Creating a safe place for birth: an empirically grounded Theory. New Zealand College of Midwives Journal. 24, 16-19.
- Hauck, Y., Rivers, C. (2008) Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. Midwifery. 24, 200-210.
- Reidy, M., Brown, C., Gorman, N., Wynn, D. (2012) Women's views on the birth environment: a qualitative study. Midwifery. 26, 10-19.
- Sheehy, A., Fourer, M., Catling-Paul, C., Homer, C. (2011) Examining the Content Validity of the Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool Within a Woman-Centered Framework. Journal of Midwifery & Women's Health. 21, 46-52.
- Stark, M., Remyne, M., Zwelling, E. (2016) Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. JOGNN. 45, 28-29.
- Taghizadeh, Z., Arbabi, A., Kazemnejad, A., Anoshirvan, A. (2015) Iranian mother's perceptions of the impact of the environment on psychological birth trauma: a qualitative study. International Journal of Nursing Practice. 21, 46-52.
- The Royal College of Midwives (2012). Evidence Based Guidelines for Midwifery: Let's Care in Labour. Birth Environment. Available on: [www.rcm.ac.uk/~/media/RCM/pdfs/letscareinlabour.pdf](http://www.rcm.ac.uk/~/media/RCM/pdfs/letscareinlabour.pdf)
- Wynn, D. (2005) Evidence based practice for women, babies and birth: a guide for midwives. London: Routledge. 186.

## **APÊNDICE XI**

## Estímulos Sensoriais no trabalho de parto: A Scoping Review

Almeida, V.<sup>1</sup>; Delgado, M.J.<sup>2</sup>; Ferreira dos Santos, M.A.<sup>3</sup>

### Background

O ambiente no qual a mulher vivencia o parto pode influenciar de forma determinante a experiência de parto e consequentemente o seu bem-estar global. Na assistência ao parto, a intervenção dos EEESMO tem como finalidade favorecer a fisiologia do nascimento através de intervenções autónomas, que apoiem a mulher/casal/convincente significativo a experienciar o maior conforto possível da sua experiência de parto.

A redução de estímulos sensoriais auditivos e visuais, e a utilização dos estímulos olfatórios como a aromaterapia, são intervenções autónomas do EEESMO que devem ser incentivadas, pelos benefícios ao nível da: redução do medo/ansiedade, melhoria da percepção da dor, regularização das contrações, promoção do bem-estar e aumento da satisfação da experiência de parto

### Palavras Chave

Estímulos Sensoriais: olfativo, visual e auditivo; Aromaterapia; Trabalho de parto, Mulher

### Questão de Investigação

Qual a influência do uso dos estímulos sensoriais (olfativo, visual e auditivo) no trabalho de parto?

A formulação da questão de investigação foi efetuada segundo o plano (*background question*) tipo PCC (População, Contexto, Conceito), em que a PCC criada é composta por:

- **População:** parturientes;
- **Conceito:** estímulos sensoriais (olfativo, visual e auditivo) no trabalho de parto;
- **Contexto:** não aplicável;

Figura 1. Diagrama Prisma 2009 (search strategy decision tree template, JBI)

Plataformas Dados	Medline Plus with Full Text	CINAHL Plus with Full Text	GOOGLE
Identificação	43	44	7
	20	Remoção estudos duplicados	
Triagem de estudos	74	Triados	57
			Removidos
Elegibilidade		17	
Inclusão		12	

### Objetivo

→ Aprofundar conhecimentos sobre o uso dos estímulos sensoriais (olfativo, visual e auditivo) no trabalho de parto

### Metodologia

→ Revisão da literatura de acordo com as orientações para Scoping Review do Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)

### Critérios de Inclusão

- **Tipo de participantes:** parturientes [mulheres em trabalho de parto, de qualquer faixa etária, cultura ou etnia - Lowdermilk & Shannon, (2008)];
- **Conceito:** estímulos sensoriais [tendo sido direcionada a pesquisa para o uso dos estímulos auditivos, visuais e olfativos na promoção da fisiologia do trabalho de parto - Walsh (2007); Stark, Remyne, & Zwelling (2016)];
- **Contexto:** não aplicável (hospital, domicílio e centros de nascimento);

- **Tipo de Estudos (fontes de informação):**
- **Delimitação temporal:** período compreendido entre [2000-2017] no sentido de obter a evidência científica mais recente;
- **Tipo de Estudos:** preferencialmente estudos primários, secundários, revisões da literatura, artigos de peritos e *guidelines*.
- **Línguas:** espanhola, inglesa e portuguesa.

### Estratégia de Pesquisa

- A pesquisa foi efetuada entre Abril de 2016 e Julho de 2017, na plataforma EBSCO Host e motor de busca GOOGLE, de acordo com os três passos definidos pelo protocolo do Joanna Briggs Institute (JBI, 2015).
- Privilegiou-se a utilização de descritores que estivessem indexados nas bases de dados como *major concept* e na sua ausência, do termo natural. Os descritores utilizados foram: ["woman" (MM) or "female" (MM)] and ["Labor" (MM)] conjugados com os diferentes estímulos sensoriais nomeadamente ["sensory stimulation" (MM) or "sensory stimuli" or "multisensory"], ["noise" (MM) or "sound" (MM) or "auditory perception" (MM)], ["light" (MM) or "visual perception" (MM)] e ["aromatherapy" (MM)].
- Foram selecionados os estudos que cumprissem os critérios de inclusão e que incluíssem os termos da pesquisa no título, palavras-chave e no caso de interesse, aferindo a presença dos termos de indexação como *major* ou *minor headings* quando a seleção para análise (fig.1).
- Foram excluídos artigos que não estivessem em língua inglesa, português ou espanhol e utilizado o software de referência Mendeley®, para identificação de estudos duplicados.

### Extração de dados

- Realizada com recurso aos instrumentos de extração de dados do Joanna Briggs Institute (2015), nomeadamente: o JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies, o JBI Data Extraction Template for Qualitative Evidence e o JBI Extraction of Study Findings Template for Qualitative Evidence.
- Todos os estudos demonstraram ter boa qualidade metodológica, não se verificando divergências na opinião das autoras

Nº Artigo	Título	Autores	Tipo de estudo	Objetivo	Área de Publicação (Local/ Base de Dados)
1	Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth	Stark, Mary Ann Remyne, Marsha Zwelling, Elaine	Revisão da literatura sobre os ambientes de parto dependentes nos países desenvolvidos com o objetivo de descrever qual a influência do ambiente na fisiologia do trabalho de parto (com especial atenção ao apoio na gravidez de baixo risco).		2014 JODNN EUA Medline
2	Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design	Jenkinson, Bec Joney, Natalie Kruske, Sue	Revisão da literatura/guidelines de recomendação sobre os diversos ambientes de parto revelando os aspetos que foram identificados como benéficos para a redução do stress da gravidez, facilitadores da fisiologia do trabalho de parto/parto e promotores de um ambiente seguro e satisfatório.		2014 Queensland Centre for Mothers & Babies Austrália GOOGLE
3	Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review	Dijkstra, Karlijn Ploegers, Marjol Proyer, Ad	Revisão sistemática da literatura com os objetivos de: • determinar os efeitos dos estímulos ambientais na prestação de cuidados e no bem-estar dos clientes; • obter rigor na evidência científica que possa servir de base para a melhoria dos ambientes de prestação de cuidados/ investigações futuras.		2016 Journal of Advanced Nursing Holanda Medline
4	The multisensory approach to birth and aromatherapy	Guttridge, Kathryn	Artigo de revisão da literatura com o objetivo de compreender o uso dos aromas e da aromaterapia como estratégia não farmacológica com benefícios para as parturientes/parto.		2014 The Practising Midwife Reino Unido CINAHL
5	Clinical aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum	Buckle, Jane Ryan, Kathy Chiu, Karen B.	Revisão da literatura com o objetivo de compreender o potencial da utilização da aromaterapia clínica como uma ferramenta a integrar na prestação de cuidados na área da saúde materna.		2014 International Journal of Childbirth Education Reino Unido CINAHL/Medline
6	Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Luo, Taizhen Huang, Meiling Xia, Huan Zeng, Yingchun	Meta-análise realizada com base na pesquisa de cinco bases de dados, com o objetivo de tentar quantificar a eficácia do uso da aromaterapia nas parturientes durante o trabalho de parto.		2014 Journal of Nursing China CINAHL/Medline
7	Aromatherapy in Childbirth: a pilot randomised controlled trial	Burns, E. Zubot, V. Panzer, D. Gutierrez, A. Regalia, A.	Estudo de controlo randomizado realizado com o objetivo de reunir evidência científica sobre os benefícios da utilização da aromaterapia no trabalho de parto como uma medida não farmacológica de prestação de cuidados com potencial para influenciar melhorar o bem-estar materno, fetal/RN.		2007 Intrapartumcare Itália CINAHL/Medline
8	The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women	Kaviani, Masumeh Azimi, Sara Abadi, Narges Hosaini, Mohammad	Estudo de controlo randomizado com o objetivo de determinar o efeito da utilização do óleo essencial de lavanda augustifolia na percepção da intensidade da dor no trabalho de parto de primíparas.		2014 British Journal of Midwifery Reino Unido CINAHL
9	An investigation into the use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice	Burns, Ethel E. Blaney, Caroline Craver, Steven J. Barnetson, Lin Lloyd, Andrew J.	Estudo retrospectivo de análise sobre a contribuição da aromaterapia na promoção do conforto no trabalho de parto, como medida não farmacológica para melhorar a qualidade dos cuidados especializados prestados.		2000 The Journal of Alternative and Complementary Medicine Reino Unido CINAHL/Medline
10	The Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings	Joseph, Arjali	Revisão da literatura com o objetivo de identificar quais os mecanismos nos quais a luz influencia a saúde e resposta do ser humano.		2005 The Center for Health Design EUA GOOGLE
11	Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings	Joseph, Arjali Ulrich, Roger	Revisão da literatura com o objetivo de examinar como os diferentes aspetos do som - o ruído, a fala e a música - influenciam o cliente e os prestadores de cuidados, nos serviços de saúde, com foco nas estratégias para minimizar/reduzir o impacto do ruído.		2007 The Center for Health Design EUA GOOGLE
12	Nível de ruído em sala de parto	Campos Oliveira, F.L. Kakabadis, Teresa Y. Tsumeni, Miriam H. Pinheiro, Eliana M.	Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, realizado com o objetivo de identificar os níveis de pressão sonora/ as fontes de ruído na sala de parto e qual o seu impacto no trabalho de parto/parto.		2011 Contatos Enfermagem Brasil CINAHL

### Discussão

A evidência científica revela inúmeros benefícios na utilização do estímulo sensorial olfativo com recurso à aromaterapia no trabalho de parto, nomeadamente: ao nível do alívio da dor, da redução da ansiedade/ medo, da melhoria respiratória, da melhoria das náuseas/vômitos, do aumento da contratilidade, do aumento da sensação de bem-estar e satisfação com a experiência de parto.

(Buckle *et al.*, 2014; Burns *et al.*, 2000; Burns *et al.*, 2007; Prince *et al.*, 2012; Kaviani *et al.*, 2014).

A evidência científica caracteriza ruído como um tipo de som desorganizado desagradável, que pode influenciar o sono/repouso, aumentar os níveis de ansiedade/stress, a exaustão emocional e predispor ao *burnout* dos profissionais de saúde. Os níveis de ruído hospitalares excedem largamente as recomendações da OMS (40/45db), encontrando-se valores entre os 45/75db, mesmo ao nível do bloco de partos. A utilização de medidas promotoras da redução do ruído, como a utilização de música ou promoção do silêncio contribuem para a fisiologia do trabalho de parto potenciando a redução da ansiedade/insegurança, aumentando o conforto e facilitando a adaptação do RN ao meio extrauterino.

(Ulrich, 2007; Oliveira *et al.*, 2011)

A evidência científica revela como positiva a possibilidade do controlo da iluminação, assim como a utilização de luzes com menor intensidade no trabalho de parto, com ganhos para ambos a mulher e recém nascido.

(Jenkinson *et al.*, 2014).

### Conclusão

- O hospital é um ambiente desconhecido para a maior parte das mulheres/casais/pessoa significativa com rotinas institucionais nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade da mulher em trabalho de parto, podem aumentar os níveis de stress e ansiedade.
- Reconhecendo que existem fatores ambientais que não podemos modificar, a utilização dos estímulos sensoriais é uma intervenção autónoma dos EEESMO promotora de conforto, com repercussões positivas na fisiologia do parto, no bem estar materno/fetal, na adaptação do RN ao meio extrauterino e transição para a parentalidade.

### Referências Bibliográficas:

- Buckle, J., Ben, A., Chiu, K. & Chiu, K. (2014). Clinical aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum. *International Journal of Childbirth Education*, 28, 163-177.
- Burns, E., Blaney, C., Craver, S., J., Barnetson, L., Lloyd, A. (2000). An investigation into the use of aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6(2), 141-147.
- Burns, E., Zubot, V., Gutierrez, A., Regalia, A. (2007). Aromatherapy in Childbirth: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Midwifery*, 14, 43-49.
- Chen, C., Poon, R., & Poon, R. (2010). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *The Author: Journal Compilation*. Blackwell Publishing Ltd.
- Craver, Steven J., Blaney, Caroline, & Burns, E. (2000). Clinical aromatherapy for pregnancy, labor and postpartum. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6(2), 141-147.
- Gutierrez, A., Regalia, A., Burns, E., & Burns, E. (2007). Aromatherapy in Childbirth: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Midwifery*, 14, 43-49.
- Kaviani, M., Azimi, S., Abadi, N., & Hosaini, M. (2014). The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*, 14(2), 120-128.
- Prince, S., & Prince, S. (2012). Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings. *The Center for Health Design*, 2(2), 167-174.
- Stark, M., Remyne, M., & Zwelling, E. (2016). Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JODNN*, 48, 285-294.
- Ulrich, R., & Joseph, A. (2007). Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings. *The Center for Health Design*.